



Perfil dos Consumidores de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto

por

Filipa Daniela Monteiro Neves

Dissertação de Mestrado em Marketing

Orientada por:

Amélia Maria Pinto da Cunha Brandão, PhD

2016

Nota biográfica

Filipa Daniela Monteiro Neves é natural de Santa Maria da Feira, onde nasceu no dia 14 de fevereiro de 1993.

Em 2011 integrou a Licenciatura em Ciências da Comunicação – Jornalismo, Assessoria e Multimédia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, que terminava 3 anos mais tarde, após estágio curricular. Durante a licenciatura, colaborou, de forma voluntária num jornal *online* universitário e num jornal impresso local.

Em 2014, ingressou no Mestrado em Marketing, na Faculdade de Economia do Porto, no qual a presente Dissertação se insere.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Amélia Pinto da Cunha Brandão, pelo apoio e dedicação à presente dissertação.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, pelo entusiasmo e energia transmitidos.

Agradeço aos meus amigos e à minha família, por tudo.

Resumo

A esperança média de vida tem vindo a aumentar, tendo conhecido nos últimos anos um crescimento exponencial. Viver mais anos pode não ser sinónimo, no entanto, de viver com mais saúde. O consumo de medicamentos tem vindo a crescer, e o caso dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) não é exceção. O ritmo de vida mais acelerado, a falta de tempo, vagas ou dinheiro para consultar o médico em problemas menores e uma maior preocupação com a gestão da própria saúde tem feito a população, um pouco por todo o mundo, recorrer mais à automedicação e ao consumo dos chamados MNSRM, uma categoria díspar no mercado do medicamento, que obedece a regras e dinâmicas divergentes das demais categorias de consumo.

Objetivo – O presente estudo pretende conhecer e traçar o perfil do consumidor de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica em Portugal, concretamente no Grande Porto, identificando as suas principais motivações, influências, ação perante os problemas menores de saúde mais comuns, principais classes terapêuticas consumidas e atitude face aos medicamentos não prescritos.

Metodologia – Foi construído um inquérito por questionário com base na revisão da literatura no *software Google Forms*, difundido *online* por intermédio da plataforma de *email*-dinâmico da Universidade do Porto. Foram recolhidas 733 respostas, 629 das quais válidas. A análise dos dados foi feita com recurso ao *software SPSS 22.0*.

Resultados – Verificou-se um maior consumo de MNSRM entre o sexo feminino, havendo uma associação entre a sua frequência e a idade. São os indivíduos mais jovens quem mais se automedica: o consumo vai diminuindo com a idade. A perceção do estado de saúde e a frequência do consumo são variáveis dependentes. A confiança no produto e o hábito são os principais motivos que levam os consumidores a optar por um fármaco sem influência da publicidade ou promoções associadas.

Contributo para a investigação – Apesar da existência de estudos na área, pretende-se de forma holística dar resposta a diversas questões relevantes no mercado da compra e consumo de MNSRM até aqui isoladamente estudadas, aplicadas ao contexto nacional.

Palavras-Chave – Medicamentos | MNSRM | Farmácia | Automedicação | Marketing Farmacêutico | Comportamento do Consumidor

JEL Codes – I12, L65, M31

Abstract

The average life expectancy is now longer than it used to be in the past, and has been experiencing a big growth throughout the years. But living longer is not necessarily the same as living better. Medicines consumption is increasing and over-the-counter (OTC) drugs are not an exception. The fast pace of life, the lack of time, money or doctor vacancies, minor health problems, and a greater concern on health self-care are some of the reasons why people from all over the world are now self medicating more. OTC is a very uneven category within the medicine market, which obeys to different rules and dynamics when compared to other consumption categories.

Purpose – This research aims to describe the profile of the OTC consumer, in Portugal, particularly in Porto, identifying their main motivations, influences, action before minor and most common health problems, finding the most consumed therapeutic classes and defining their attitude towards the non-prescription drugs.

Methodology – A survey was drawn based on the literature review in the *Google Forms* software. The online inquiry was sent through the University of Porto email-platform. 733 responses were collected, 629 of which were considered valid/applicable. All the data was analyzed by using the SPSS 22.0 software.

Findings – A higher OTC consumption among women was verified, and it was found an association between OTC consumption frequency and age. It is the youngest people who self-medicate the most and, therefore, the consumption decreases with age. Health perception and the frequency of consumption are dependent variables. Trusting a product or brand and the habit are the main reasons why people choose a medicine drugs rather than other, with no influence related by advertising or sales promotions.

Research Contributions – Despite the existing studies, this research aims to holistically meet the relevant issues within the market on the purchase and consumption of over-the-counter drugs until now individually studied, in the national context.

Keywords – Medicine | Drugs | Over-the-Counter Medicines (OTC) | Pharmacy | Self-medication | Pharmaceutical Marketing | Consumer Behavior

JEL Codes – I12, L65, M31

Índice

Nota biográfica	i
Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
Índice	v
Índice de Figuras	x
Índice de Tabelas	xi
Abreviaturas	xiii
Introdução	1
A Indústria Farmacêutica – Contextualização	3
Medicamentos: Diferenças e Contexto Global	5
Estrutura da Dissertação	8
Parte I – Revisão da Literatura	9
1. Marketing Farmacêutico: Conceitos e Elementos	9
1.1. O produto no Marketing Farmacêutico	11
1.2. O <i>pricing</i> no Marketing Farmacêutico	12
1.3. A distribuição no Marketing Farmacêutico	12
1.4. A importância da ordem de entrada no mercado no Marketing Farmacêutico ..	12
1.5. A comunicação no Marketing Farmacêutico	14
1.6. Conclusão	16
2. Comportamento do Consumidor	17
2.1. Conceitos do Comportamento do Consumidor	17
2.2. Modelos e Teorias do Comportamento do Consumidor	18
2.3. Determinantes e Motivações no Comportamento do Consumidor	20

2.4.	Conclusão.....	25
	Parte II – Estudo Empírico.....	26
3.1.	Tópico de Investigação e Objetivo	26
3.2.	Objeto de Estudo.....	26
3.3.	Questão de Investigação	27
3.4.	Hipóteses de Investigação.....	27
3.5.	Considerações Metodológicas	28
3.5.1.	Inquérito por questionário: Estrutura e escalas de medida	28
3.5.1.1.	O Inquérito	29
3.5.2.	Variáveis de Investigação	30
3.5.3.	Procedimento Amostral	30
3.5.4.	Método de Recolha de Dados	30
3.5.5.	Pré-teste.....	32
3.5.6.	Processamento de Dados.....	32
4.	Resultados.....	33
4.1.	Distribuição da Amostra	33
4.1.1.	Caracterização da Amostra: Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Académicas, Profissão e Rendimento Mensal do Agregado Familiar.....	34
4.1.2.	Perceção do estado de saúde	36
4.2.	Caraterização da Amostra quanto ao Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	38
4.2.1.	Frequência da Automedicação.....	38
4.3.	Atitude face a um problema menor de saúde.....	43
4.4.	Motivação para o consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica .	48
4.4.1.	Fenómeno da automedicação/consumo de MNSRM em alternativa à consulta médica.....	48

4.4.2.	Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Classe Terapêutica.....	51
4.4.3.	Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Local.....	54
4.5.	Atitude face a Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e à sua compra ..	56
4.5.1.	Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas	61
4.5.1.1.	Caso de um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica em promoção .	61
4.5.1.2.	Fidelidade a uma marca de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	64
4.5.1.3.	Opinião face à diferença ou igualdade de MNSRM, independentemente da marca	64
4.5.1.4.	Confiança no Farmacêutico e/ou Técnico de Farmácia e nas suas recomendações	64
4.5.1.5.	Confiança, conhecimento e satisfação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e seus efeitos	65
5.	Estudo das Hipóteses de Investigação	66
5.1.	Teste à Hipótese de Investigação 1 – H1	66
5.2.	Teste à Hipótese de Investigação 2 – H2	68
5.3.	Testes às Hipóteses de Investigação 3 – H3a H3b H3c H3d.....	71
5.4.	Teste à Hipótese de Investigação 4 – H4	73
5.5.	Teste à Hipótese de Investigação 5 – H5	75
6.	Discussão dos Resultados	77
	Conclusão.....	82
	Bibliografia	87
	Anexos	96
	Anexo 1 – Inquérito por questionário difundido online	96
	Anexo 2 – Cálculo da normalidade da distribuição	102
	Anexo 3 – Caracterização da amostra: Género, Idade e Estado Civil	102

Anexo 4 – Caraterização da amostra: Habilitações Académicas, Profissão e Rendimento Mensal	103
Anexo 5 – Caraterização da amostra: Perceção do estado de saúde.....	104
Anexo 6 – Frequência da Automedicação/Consumo de MNSRM, por Género, Idade, Estado Civil, Habilitações Académicas, Profissão e Rendimento Mensal do Agregado Familiar.	107
Anexo 7 – Atitude face a problema menor de saúde	113
Anexo 8 – Principais sintomas/problemas que conduzem ao consumo de MNSRM	118
Anexo 9 – Fenómeno da automedicação/consumo de MNSRM em alternativa à consulta médica.....	128
Anexo 10 – Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Classe Terapêutica.....	138
Anexo 11 – Situação de toma de um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica.	145
Anexo 12 – Atitude face a MNSRM: Influência de fatores externos	149
Anexo 13 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Caso do MNSRM em promoção	153
Anexo 14 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Fidelidade a um MNSRM e compra repetida.....	156
Anexo 15 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Opinião face à diferença ou igualdade entre MNSRM.	158
Anexo 16 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Confiança no Farmacêutico e/ou Técnico de Farmácia e nas suas recomendações.....	160
Anexo 17 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Satisfação com Alívio dos Sintomas	160
Anexo 18 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Segurança e Eficácia	161

Anexo 19 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respectivas marcas: Segurança e Eficácia em relação a MSRM	161
Anexo 20 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respectivas marcas: Conhecimento dos riscos	162
Anexo 21 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respectivas marcas: Consumo de MNSRM eficaz em caso de problema menor de saúde .	162
Anexo 22 – Teste Post-Hoc para percepção da associação entre frequência da automedicação e idade	163
Anexo 23 – Teste Post-Hoc para percepção da associação entre frequência da automedicação e percepção do estado de saúde	164

Índice de Figuras

Figura 1 - Rede de relacionamentos da Indústria Farmacêutica	5
Figura 2 - Modelo Conceptual do Marketing Farmacêutico.....	16
Figura 3 - Distribuição percentual da amostra: Atitude e ação face a problema menor de saúde	44
Figura 4 - Distribuição percentual da amostra: Principais sintomas/problemas que conduzem ao consumo de MNSRM	46
Figura 5 - Distribuição percentual da amostra: Fenómeno da automedicação em alternativa à consulta médica.....	48
Figura 6 - Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Classe Terapêutica.....	51
Figura 7 - Situação de toma de um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica	56
Figura 8 - Representação Gráfica da Frequência de Consumo de MNSRM por idades	69

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Relevância dos elementos de marketing no Marketing Farmacêutico	11
Tabela 2 - Tabela Definições do Comportamento de Compra do Consumidor.....	18
Tabela 3 - Hipóteses de Investigação	27
Tabela 4 - One Sample Kolmogorov-Smirnov Test: Variável Dependente: Frequência do Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	34
Tabela 5 - Caraterização da Amostra.....	35
Tabela 6 - Caraterização da Amostra: Perceção do estado de saúde	36
Tabela 7 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Género e Perceção do Estado de Saúde	37
Tabela 8 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Idade e Perceção do Estado de Saúde	37
Tabela 9 - Caraterização da Amostra quanto à frequência de consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	38
Tabela 10 - Tabela cruzada da frequência da automedicação e o género.....	39
Tabela 11 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Género e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	39
Tabela 12 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Idade e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	40
Tabela 13 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Estado Civil e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM.....	41
Tabela 14 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Habilitações Académicas e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	41
Tabela 15 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Situação Profissional e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM.....	42
Tabela 16 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Rendimento Mensal do Agregado Familiar e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	43
Tabela 17 - Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por local.....	54
Tabela 18 - Estrutura fatorial de Fatores Influenciadores da Compra de MNSRM	57
Tabela 19 - Tabela-resumo das principais influências na compra de um MNSRM.....	58
Tabela 20 - Tabela-resumo da atitude e opinião face a MNSRM	62

Tabela 21 - Teste T-Student para Amostras Independentes: H1 - Género e Frequência de Consumo – Estatísticas de Grupo	67
Tabela 22 - Teste T-Student para Amostras Independentes: H1 - Género e Frequência de Consumo	67
Tabela 23 - Teste ANOVA: H2 - Idade e Frequência de Consumo – Descritivos	69
Tabela 24 - Teste ANOVA: H2 - Idade e Frequência de Consumo	69
Tabela 25 - Teste Qui-Quadrado: H2 – Avaliação da Independência de Idade e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM.....	70
Tabela 26 - Teste Qui-Quadrado: H3a – Avaliação da Independência de Estado Civil e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM.....	71
Tabela 27 - Teste Qui-Quadrado: H3b – Avaliação da Independência de Habilitações Académicas e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	72
Tabela 28 - Teste Qui-Quadrado: H3c – Avaliação da Independência de Situação Profissional e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM.....	73
Tabela 29 - Teste Qui-Quadrado: H3d – Avaliação da Independência de Rendimento Mensal do Agregado Familiar e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	73
Tabela 30 - Teste Qui-Quadrado: H4 – Avaliação da Independência de Perceção do Estado de Saúde e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM	74
Tabela 31 - Resultados das Hipóteses de Investigação.....	76

Abreviaturas

ACP – Análise de Componentes Principais

AIM – Autorização de Introdução no Mercado

AMA – American Marketing Association

ANF – Associação Nacional de Farmácias

ANOVA – Análise de Variância

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

DIM – Delegado de Informação Médica

EFPIA – Associação Europeia da Indústria Farmacêutica

I&D – Investigação e Desenvolvimento

IF – Indústria Farmacêutica

INE – Instituto Nacional de Estatística

Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

LVMNSRM – Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OTC – *Over-the-counter* (expressão anglo-saxónica para MNSRM)

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Science

χ^2 – Qui-quadrado

Introdução

Nas últimas décadas, em Portugal e um pouco por todo o mundo, tem-se vivenciado uma maior autonomia das populações no que toca à (gestão da) sua saúde. Isto é especialmente verdade em situações pontuais e de pouca gravidade, como seja uma dor de cabeça ou uma constipação. A automedicação tem sofrido um incremento exponencial nos últimos anos (Pita Barros e Nunes, 2011), quer pela possibilidade de autocontrolo da saúde e pela ampliação do número de *players* (World Self-Medication Industry, s.d.), quer pela democratização do acesso aos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) em Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (LVMNSRM). Mais de metade dos portugueses consome medicamentos prescritos pelos médicos, e cerca de 30% dos mais jovens automedica-se (Margato, 2016).

Segundo os dados mais recentes, existiam 2889 farmácias em Portugal em 2014 (Pordata, 2016) e 1121 locais autorizados de venda de MNSRM em julho de 2016 (Infarmed, 2016). Tanto o número de farmácias como a sua cobertura (per número de habitantes) tem vindo a diminuir, mas o número de locais de venda livre aumenta a cada ano, assim como a despesa total dos portugueses com medicamentos, tendo-se situado nos 6% no ano de 2015 face a 2014 (um aumento de 2,6 milhões de euros).

Tem-se assistido, no contexto da maior autonomia das populações na gestão da sua saúde e da automedicação, a um incremento na literatura em torno das temáticas relacionadas com este consumo. São exemplo, a nível internacional, estudos sobre o consumo de MNSRM específicos – como analgésicos e anti-inflamatórios (Turek e Owczarek, 2014); sobre o padrão de consumo destes medicamentos em cidades e em determinados períodos de tempo (Vitor *et al.*, 2008; Shohel *et al.*, 2013) sobre os determinantes sociais no consumo de MNSRM (Daban *et al.*, 2010) ou sobre os comportamentos associados ao consumo deste tipo de terapêuticas (Aoyama *et al.*, 2012; Albert *et al.*, 2014). Existem, ainda, publicações que estudam o comportamento de compra dos consumidores de MNSRM, classificando variáveis como atitudes, intenções de compra ou lealdade à marca (Shohel *et al.*, 2013) ou qualidade percebida, satisfação e lealdade (Kondasani e Panda, 2015), e outras referentes ao consumo total e

indiferenciado de medicamentos, analisando, posterior e individualmente o impacto, por exemplo, na despesa familiar, dos medicamentos prescritos, de ambulatório ou hospitalares, genéricos (Costa-Font *et al.*, 2014) e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) (Cho, 2013).

Apesar de alguns trabalhos internacionais, a nível nacional é de facto pouca, não atual e pouco incisiva, a pesquisa existente nesta matéria. Em Portugal, e numa perspetiva mais recente, pode destacar-se, o trabalho de Fernandes *et al.* (2010), que avalia as razões frequentes do uso de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica numa amostra de 300 indivíduos; ou o estudo baseado no 4º Inquérito Nacional da Saúde, que, num universo de mais de 40 mil inquiridos, fornece informação valiosa quanto ao comportamento e consumo de MNSRM no contexto português (Quintal *et al.*, 2015). No entanto, não existe ainda, e essencialmente debruçado no setor nacional, um estudo holístico que avalie todo o processo de automedicação: os sintomas associados, os motivos para não ir a uma consulta médica, o local de compra, os grupos farmacoterapêuticos mais consumidos ou os motivos e/ou influências para escolher um medicamento em detrimento de outro.

No âmbito da gestão, o consumo de medicamentos (sujeitos e não sujeitos a receita médica) tem sido amplamente discutido e estudado a nível institucional. Estudos como o Inquérito Nacional da Saúde – que vai já na quinta edição –, os publicados pelo Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.) ou ainda os realizados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), contribuem para o aumento do conhecimento no que toca à área da terapêutica em Portugal, gastos dos utentes, participação do Estado, proporção do PIB ou evolução da Política do Medicamento, mas pouco contributo efetivo dão para a (melhor) gestão de instituições que se afiguram necessárias referir, como as farmacêuticas e respetivas equipas de vendas, distribuidoras ou farmácias comunitárias.

O presente estudo pretende transpor, para o contexto português, as motivações e influências dos consumidores para recorrerem a este tipo de medicação, abordando ainda os principais problemas menores de saúde que levam à automedicação e quais os principais grupos farmacoterapêuticos consumidos. Excecionalmente, e no caso dos MNSRM, o consumidor pode ser simultaneamente o decisor, o que oferece maior

autonomia e liberdade, mas também responsabilidade. Neste processo, haverá fontes de informação/aconselhamento a que os consumidores de MNSRM atendem? Será que compram com base no preço, na publicidade, na sugestão do farmacêutico e/ou familiares, ou será que compram com base na experiência passada? Quais as características do consumidor e quais as principais perturbações de saúde que o conduzem à automedicação? Quais as principais classes terapêuticas consumidas? É exatamente esse *gap* na literatura que se pretende preencher com o presente estudo de vertente holística, traçando o perfil-tipo do consumidor de MNSRM do Grande Porto.

Foi utilizada, no sentido de dar resposta ao objetivo do estudo, uma metodologia quantitativa através de um inquérito por questionário desenhado com base na revisão da literatura e difundido *online* a consumidores de MNSRM do Grande Porto.

Terminada a análise, é possível concluir que não existem diferenças significativas no consumo entre os géneros, havendo, no entanto, uma maior tendência para as mulheres recorrerem à automedicação, tanto em termos de frequência como de número acumulado de medicamentos. A frequência de consumo deste tipo de fármacos e a idade são variáveis dependentes, sendo que o consumo vai diminuindo à medida que a idade aumenta. Os analgésicos e antipiréticos são o grupo farmacoterapêutico mais consumido (cerca de 90% da amostra), comprados essencialmente na farmácia (cerca de 70%) – em detrimento de espaços de venda livre – e com aconselhamento profissional ou com base no hábito ou consumo anterior satisfatório (mais de 60%).

A Indústria Farmacêutica – Contextualização

A Indústria Farmacêutica (IF) é um setor com um peso relevante tanto a nível nacional como mundial, apresentando uma das mais altas taxas em termos de investimento em investigação e desenvolvimento (I&D).

Na Europa, a balança comercial da indústria farmacêutica foi de 80 mil milhões de euros em 2012, empregando cerca de 700 mil pessoas. A Suíça, a Irlanda, a Alemanha, a Bélgica e o Reino Unido, países com grande cultura e investimento farmacêuticos, foram, por esta ordem, os maiores exportadores de medicamentos em milhões de euros (EFPIA, s.d.).

Em Portugal os números da indústria farmacêutica são mais modestos, sendo que o valor total deste mercado cifrou-se, em 2013, nos 3.421,00 milhões de euros (Apifarma, 2014). Houve uma considerável contração nos índices de consumo gerais em Portugal, e o setor da saúde não foi exceção. Os cortes salariais e de algumas participações, e a diminuição do rendimento disponível das famílias obrigaram à secundarização de alguns cuidados de saúde, nomeadamente no que toca ao consumo de medicamentos e ao cumprimento da medicação. Em Portugal, existem 123 empresas farmacêuticas (segundo últimos dados disponíveis de 2014), que geram 8000 (segundo últimos dados disponíveis de 2013), postos de trabalhos diretos e cuja produção e exportação ultrapassa os 1.485,00M€ e os 870M€, respetivamente (dados de 2014) (idem).

O mercado farmacêutico é um mercado peculiar, seja na sua forma de atuação – o consumidor/pagador não é, de forma geral, o decisor; na sua cadeia de valor – cujas relações complexas se estabelecem entre a indústria (produtores, armazenistas, distribuidores), médicos e/ou farmacêuticos/outros técnicos de saúde e pacientes; ou no seu exponencial investimento em I&D, como será exposto de seguida.

Outro dos aspetos que diferencia a indústria farmacêutica das demais é, indubitável e incontornavelmente, o elevado investimento em I&D, justificado pela própria natureza do setor. Os *players* da IF estão, recorrentemente, nos *tops* mundiais de volume de investimento na área de investigação e desenvolvimento, atribuindo, invariavelmente, a essa área uma grande importância estratégica e afetando-lhe altos quadros. Na Europa, a IF é a indústria tecnologicamente mais desenvolvida, ultrapassando os 54 milhões de euros em 2012, segundo dados da EFPIA (s.d.). Os países europeus com maior investimento nesta área são, por ordem decrescente de investimento, o Reino Unido, a Alemanha, a Suíça, a França e a Bélgica, numa média de mais de 4,5 milhões de euros (idem), com 18, 11, 19, 9 e 3 novos medicamentos lançados ao mercado em 10 anos, respetivamente. Este investimento poderá ser explicado pelo funcionamento do mercado sob patentes, que, com uma duração média de 20 anos, se revelam manifestamente insuficientes considerando a grande baliza temporal que existe desde a descoberta de uma molécula até à sua efetiva entrada no mercado: cerca de 15 anos. Em média, apenas 1 a 2 em cada 10.000 moléculas descobertas em ambiente laboratorial conseguirá passar com sucesso todas as fases necessárias até à chegada às farmácias (idem).

No caso Português, e no que respeita aos atores envolvidos na IF, há, de facto, uma cadeia de *stakeholders* extensa que poderá ser definida por: Infarmed, Apifarma, Associação Nacional de Farmácias (ANF), Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos e respetivos profissionais de saúde, doentes, distribuidores e, por fim, a farmácia comunitária que faz chegar o medicamento ao utente (Figura 1). Estas últimas são o meio por excelência de disponibilização de fármacos aos utentes, apesar de existirem outros alternativos, como os LVMNSRM e que irão ser abordados adiante. O número de farmácias tem vindo a diminuir e, segundo dados da ANF, quase um quinto das farmácias estão em insolvência ou penhoradas, um aumento de 190% e 88% em três anos, respetivamente.

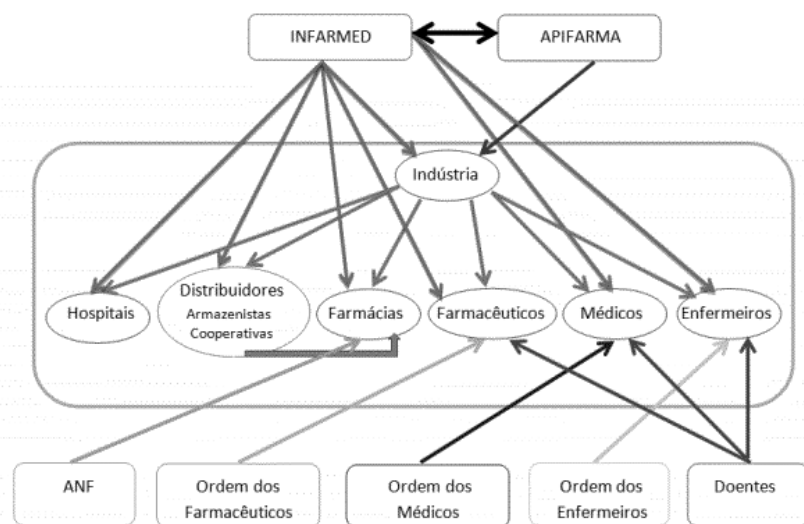


Figura 1 - Rede de relacionamentos da Indústria Farmacêutica

Fonte: Lopes (2013, p. 13)

Medicamentos: Diferenças e Contexto Global

Medicamento pode entender-se como “substância ou associação de substâncias que possuem propriedades curativas ou preventivas de doenças e dos seus sinais ou sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as respetivas funções fisiológicas” (INSA, 2016).

Em Portugal, os medicamentos são classificados quanto à sua dispensa ao público de duas formas: Sujeitos a Receita Médica (MSRM), subdivididos em 3 – receita

renovável, especial ou restrita; ou Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Nos Medicamentos Sujeitos a Prescrição, encontram-se entre os mais vendidos os destinados ao Aparelho Cardiovascular (como Anti-Hipertensores e Vasodilatadores) e ao Sistema Nervoso Central (como Psicofármacos, Antiepiléticos e Anticonvulsivantes e Antiparkinsonianos) (Infarmed, 2015). No mercado de venda livre, os medicamentos mais vendidos são os Analgésicos e Antipiréticos (idem).

Qualquer medicamento para uso humano, que careça, ou não, de prescrição, é altamente regulado e controlado por *stakeholders* de peso na Indústria: Ministério da Saúde e pelo Infarmed. Os Medicamentos Sujeitos a Receita Médica são medicamentos que, tal como o nome indica, estão sujeitos a prescrição. São assim classificados, de acordo com a legislação, quando: podem constituir risco para a saúde do doente, caso sejam usados sem vigilância médica ou em quantidades consideráveis para um fim diferente do habitual; contêm substâncias cuja atividade ou reação sejam indispensáveis aprofundar, ou quando são administrados por via injetável. Este tipo de fármacos apenas pode ser dispensado na farmácia, sob receita médica (Infarmed, 2015). Já os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica são todos os que não se incluam nas condições referidas anteriormente para MSRM e que apresentem um perfil conhecido, em termos de segurança e eficácia (idem) (quando as reações adversas são ligeiras e reversíveis). Um detentor de uma Autorização de Introdução no Mercado (AIM) pode solicitar a transferência de um MSRM para a categoria dos MNSRM, sujeita a avaliação pelas autoridades. Para que isto ocorra, os riscos diretos e indiretos do medicamento deverão ser reduzidos, sem elevadas contraindicações ou precauções (Fernandes *et al.*, 2010). De acordo com a Diretiva 92/26 CEE, artigo 3, um medicamento prescrito pode passar a MNSRM se responder aos seguintes critérios: pode ser usado em segurança e sem supervisão médica; tem documentação que atesta o seu uso e consumo seguro; é utilizado apenas em situações ligeiras; tem um risco baixo de ser usado incorretamente; houve exposição prévia ao medicamento; e a via de administração não é a injetável (ibidem).

Estes medicamentos são dispensados nas Farmácias e, desde 2005, em Locais de Venda autorizados à sua venda (LVMNSRM). O Decreto-Lei nº 134/2005, de 16 de agosto, liberalizou a venda de MNSRM fora das farmácias – que nesse ano passaram a gozar de liberdade de propriedade – estabelecendo como objetivo que “alguns medicamentos

para uso humano, concretamente os que não necessitam de receita médica (...) podem ser comercializados fora das farmácias, dados os benefícios proporcionados aos consumidores por esse alargamento, quer em termos de acessibilidade facultada pelo aumento do número de pontos de venda quer em termos de preço” (Pita Barros e Nunes, 2011, p. 102). Desde 2008, e apesar da crise, que o valor da taxa de crescimento é maior nos MNSRM do que nos *pharma* ou MSRM, que valiam, em 2010, 70 e 62 mil milhões de euros na Europa, respetivamente. No entanto, os medicamentos prescritos continuam a ter um maior peso em volume e valor face aos MNSRM (81% para 19% e 84% para 16%) respetivamente (Infarmed, 2016a). A inovação, a promoção da automedicação e o aumento do acesso através da distribuição mais massificada são as razões apresentadas para este que se está a tornar um mercado cada vez mais competitivo (Tisman, 2010).

Segundo dados do Infarmed (junho de 2016), são já 1121 os estabelecimentos que disponibilizam MNSRM em grandes superfícies ou parafarmácias, permitindo um maior e mais democrático acesso à terapêutica. O negócio já valeu 44 milhões de euros em 2015 e não para de crescer, assim como os LVMNSRM, que sofreram um incremento de cerca de 32% nos últimos 5 anos (Margato, 2016). A substância mais vendida nestes locais é o paracetamol (no grupo dos analgésicos) e que representa cerca de 15% do negócio: mais de um milhão de embalagens foram vendidas em 2015, e na primeira metade de 2016 as vendas estão próximas das 600 mil unidades. Quase metade do mercado de venda livre, tanto em volume (1 milhão e 800 mil embalagens) como em valor (cerca de 11 milhões de euros), pertence à Pharmacontinente (Infarmed, 2016a). Ainda assim, este mercado representa cerca de 16% das vendas totais de ambulatório (idem). Da lista da Autoridade Nacional do Medicamento constam mais de 2200 MNSRM, considerando as suas diferentes dosagens e embalagens (Infarmed, 2016b).

Os MNSRM destinam-se a tratar doenças comuns de grande incidência, e, usados de forma adequada, segura e cuidada, são vistos como tão eficazes quanto os medicamentos prescritos (Quintal *et al.*, 2015). Nos medicamentos livres de prescrição cabem produtos tão variados como os destinados à dor, gripe/constipação, problemas digestivos ou musculares (World Self-Medication Industry, s.d.), mas também suplementos alimentares, cuja tutela fica a cargo do Ministério da Agricultura e não do Ministério da Saúde, motivo pelo qual não serão contemplados neste estudo.

Estrutura da Dissertação

Esta dissertação está organizada em duas partes estruturantes.

Após a introdução e a contextualização geral do problema estudado, surge a Parte I, onde é apresentada a revisão da literatura traçada em torno dos temas destacados como centrais: o Marketing Farmacêutico e o Comportamento do Consumidor.

Na primeira das duas temáticas gerais da revisão da literatura – Marketing Farmacêutico – é abordado de forma lata o marketing em geral, e de forma particular o Marketing aplicado à área farmacêutica, explanando os seus conceitos e elementos. Nas suas dimensões são versados o produto, o *pricing*, a distribuição, a importância da ordem de entrada no mercado – fator que parece ser crítico ao sucesso (Stros e Lee, 2015) –, terminando na vertente da comunicação e nas suas diversas componentes no âmbito do Marketing Farmacêutico, uma área peculiar e em vários aspetos divergente das restantes no que toca ao Marketing de Massas e/ou grande consumo.

Num segundo capítulo dedicado à revisão da literatura, surge o outro fator-chave para o desenvolvimento do presente trabalho em termos teóricos – o Comportamento do Consumidor. Nesta parcela, são apresentados os Conceitos, Modelos e Teorias em torno da temática, culminando na identificação dos determinantes e motivações do Comportamento do Consumidor no âmbito do consumo e compra de medicamentos não prescritos.

Na Parte II, que respeita ao capítulo empírico, é exposta a metodologia, a problemática, a questão de investigação e respetivas hipóteses, caracterizando-se posteriormente o estudo, a amostra e o procedimento geral de recolha de dados.

No mesmo capítulo, são apresentados os resultados da presente pesquisa, seguidos do estudo das hipóteses do estudo, da sua discussão, expressão das limitações, e conclusão.

Parte I – Revisão da Literatura

Nesta secção será apresentada a revisão da literatura de temas fundamentais ao estudo do consumo e compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica: o Marketing Farmacêutico – suas implicações, conceitos e instrumentos –, e o Comportamento do Consumidor – inicialmente de uma forma mais geral, finalizando com a aplicação direta à saúde e ao consumo de MNSRM, com apresentação de estudos nacionais e internacionais que mostram as motivações e determinantes no consumo de medicamentos de venda livre.

1. Marketing Farmacêutico: Conceitos e Elementos

O Marketing, enquanto “atividade, o conjunto de instituições e processos de criação, comunicação, entrega e troca de ofertas que tenham valor para os clientes, parceiros e sociedade em geral” (AMA, 2013) [tradução livre], tem como elementos-chave as pessoas, o valor, as necessidades e desejos, e a troca, que evoluiu de meramente transacional para relacional (Holdford, 2003). Deste modo, e estendendo marketing a tudo o que concerne à troca de valor entre pessoas, é fácil perceber que qualquer atividade comercial é um processo de marketing, onde são supridas necessidades. O mesmo acontece com o marketing farmacêutico, que não se prende apenas com a venda de medicamentos, mas essencialmente com a promoção de ideias. Os farmacêuticos entregam valor – muitas vezes sob a forma de conhecimento científico ou de um aconselhamento –, o que pode mudar a forma como a profissão e área farmacêuticas são praticadas (idem).

O marketing farmacêutico não poderá, no entanto, ser observado como o marketing de qualquer outra área (como dos bens de luxo ou grande consumo, por exemplo), dado o seu carácter distinto. As especificidades técnicas, o desenvolvimento, compra e consumo de medicamentos poderão ser ilustrados pelo facto de que alguns miligramas a mais ou a menos no princípio ativo podem não só alterar a curva das vendas, bem como ameaçar a vida do paciente (Smith *et al.*, 2010, cit in Dickov e Kuzman, 2011). De igual forma, os consumidores não desejam o produto – neste caso medicamento – mas sim aquilo que este lhes proporciona – seja alívio de uma dor ou sintoma, ou o retorno a uma vida

dita normal (Dickov e Kuzman, 2011). Uma última diferença que pode ser apontada ao marketing farmacêutico prende-se com a cadeia de valor. No mercado farmacêutico, o valor é entregue e comunicado ao prescritor (médico) e/ou, no limite, ao farmacêutico. No caso dos MNSRM, esta realidade é contornada pela possibilidade de venda e comunicação livres e diretas aos consumidores finais – através de anúncios publicitários, ações no ponto de venda ou através da influência direta do farmacêutico.

Tradicionalmente, a indústria farmacêutica foca-se muito no produto, que deverá obedecer a rígidos padrões de qualidade, eficácia e segurança (Dickov e Kuzman, 2011) tendo preterido, na opinião de alguns autores, a marca e a sua construção (Blackett, Robins, 2001; Moss, 2001; B. Smith, 2002, cit in Dickov, 2012). No entanto, e devido à grande dinâmica que se tem observado no mercado, ao aumento do número de consumidores de cuidados de saúde e à sua crescente exigência; à democratização do acesso à informação (Dickov, 2012); à autonomização dos consumidores na promoção da saúde; ao aumento da oferta de medicamentos não sujeitos a receita médica; ao seu maior acesso e ao agravamento da automedicação (Cântara, 2014), o investimento no marketing e comunicação por parte das farmacêuticas tem sofrido um incremento, aproveitando o potencial do *branding* farmacêutico até então subestimado. Desde a seleção do nome (Dickov, 2012), aos atributos visuais do produto como o *packaging* e comunicação (Ely, 2006, cit in Dickov, 2012), todos os passos deverão garantir a construção de uma marca forte, que permita uma rápida difusão e aceitação pelos prescritores e pacientes, credibilizando o produto aquando da emergência de novas soluções, nomeadamente no momento de queda da patente em domínio público.

A ordem de entrada no mercado de um produto e da sua marca é um elemento essencial na abordagem do marketing farmacêutico. De uma forma geral, *ceteris paribus*, um *early market entrant* poderá beneficiar de uma maior quota de mercado e vendas, após passar a fase de adaptação e hábito do consumidor, que arrisca a compra de um produto novo e até aí desconhecido. Mas não são apenas estes fatores a determinar o sucesso de um medicamento e, conseqüentemente, da sua marca: o produto (caraterísticas, inovação e eficácia) e a sua promoção são também peças chave, assim como todo um *marketing mix* pensado e adaptado à realidade do target e área terapêutica a que se destina (Stros e Lee, 2015). Sendo este um mercado peculiar, e como já defendido, além

dos 4 elementos-chave a considerar numa abordagem ao marketing farmacêutico, será debatida também a ordem de entrada no mercado, a par do produto, do preço, da distribuição e da comunicação, dada a relevância de todos estes elementos no mercado farmacêutico (Tabela 1).

Tabela 1 - Relevância dos elementos de marketing no Marketing Farmacêutico

Marketing categories	<i>n</i>	Variables	<i>n</i>	Attributes
Order of market entry	93	Market share	37	Sales Physician Patient Market leader Market nichers Habit formation
Product	16	Early entry Late entry Innovativeness Quality Branding Packaging	30 26 14 13 17 1	
Place (distribution)	5			
Promotion	97	Personal selling Advertising Sampling Word-of-mouth	34 26 7 4	Perception SOCO DTC DTP
Price	25			

Notes: *n* shows number of times being mentioned. SOCO, Selling orientation–customer orientation; DTC, Direct-to-consumer; DTP, Direct-to-physician.

Fonte: Stros e Lee (2016, p. 321)

1.1. O produto no Marketing Farmacêutico

O produto, no mercado farmacêutico, deverá, evidentemente, obedecer a critérios apertados no que toca à sua segurança, eficácia e tolerabilidade, de acordo com as *guidelines* do setor. Para alguns autores (Smith, 1983; Fletcher, 1989; Drogamatzis, 2002), também a inovação, o *branding*, e as qualidades do produto – como a segurança, são relevantes. Para outros, o *design* do produto pode mesmo ser essencial para o sucesso das vendas (Kotler, 1998; Sharp e Dawes, 2001; Kotler e Keller, 2006), nomeadamente quando está em causa um produto/marca recentemente estabelecida no mercado. Aqui, a diferenciação não passa apenas pela melhor tolerabilidade, eficácia ou segurança. O *branding* – seja no *design/packaging*, nas qualidades físicas do produto, na inovação e nos serviços complementares – é fulcral para que o produto não se torne, aos olhos do consumidor e também do profissional de saúde, uma “*me-too drug*”.

1.2. O pricing no Marketing Farmacêutico

Altamente regulada, a Indústria Farmacêutica vê o preço dos seus Medicamentos Sujeitos a Receita Médica definido em conjunto com os *stakeholders* do setor – no caso de Portugal, o Infarmed e o Ministério da Saúde. No caso dos Medicamentos de Venda Livre (MNSRM), essas questões regulamentares não se impõem e são as próprias empresas farmacêuticas a definir a sua política de *pricing*. De acordo com Jonsson (2001), duas estratégias podem ocorrer: uma estratégia de preço fixo – onde todos os *players* no mercado apresentam preços similares; ou uma estratégia de preço monopolista, onde o preço é maior ou menor de acordo com a força do *player*. Os profissionais de saúde, como os médicos, mostram-se de forma geral, desconhecedores dos preços dos medicamentos (Lexchin *et al.*, 2009), essencialmente porque o secundarizam, dando primazia à eficácia do medicamento e ao quadro do paciente (Gonül *et al.*, 2001). O mesmo não se pode concluir do lado do consumidor, que habitualmente considera o preço antes de adquirir um medicamento não sujeito a receita médica, como será abordado adiante.

1.3. A distribuição no Marketing Farmacêutico

A distribuição – *place* – parece ser a estratégia de menor relevância dentro do marketing farmacêutico (Tabela 1). Talvez porque dentro deste mercado, as vendas estão confinadas às farmácias, e apenas no caso dos MNSRM, a parafarmácias e/ou locais de venda livre também em hipermercados, o que limita a potencialidade desta variável, que parece não desempenhar um papel-chave no sucesso farmacêutico (Stros e Lee, 2015). No entanto, e em conjunto com a variável da comunicação, o ponto farmácia pode ser, e é, invariavelmente trabalhado, através de ações de *merchandising*.

1.4. A importância da ordem de entrada no mercado no Marketing Farmacêutico

A ordem de entrada no mercado parece ser crítica no setor farmacêutico, mas tanto os *early* como os *late entrants* podem ser bem sucedidos quando aplicadas as estratégias de

marketing apropriadas (Stros e Lee, 2015). Existe, no entanto, uma tendência geral nos consumidores, que parecem preferir produtos e marcas já estabelecidos, ao invés de produtos novos, o que coloca as novas marcas em desvantagem em relação às empresas que já criaram hábito junto dos seus públicos, o que as poderá levar a aplicar preços mais baixos do que a concorrência, a fim de se tornarem atrativas (Bain, 1956).

Este efeito poderá ser grandemente explicado pelos custos de mudança do lado da procura, nomeadamente porque um *late entrant* deve convencer o consumidor a mudar, quando a empresa já previamente estabelecida goza da vantagem da notoriedade e do conhecimento do mercado (Bijwaard *et al.*, 2008).

No caso dos medicamentos prescritos, Coscelli (2000) explica este efeito através do elevado grau de dependência no comportamento de prescrição entre um médico e o seu paciente, o que resulta na criação de um hábito de prescrição e consumo difícil de romper. Neste sentido, Bijwaard *et al.* (2008) estabeleceram três fatores explicativos do efeito da ordem de entrada, a saber: 1) os consumidores fazem algum investimento inicial na adaptação a produtos ou serviços de um vendedor; 2) existem custos contratuais impostos pela empresa; 3) a aprendizagem da empresa em usar a alternativa de produto (formação de hábito).

Não obstante a clara vantagem de um *early entrant*, no que à abertura do mercado respeita, a estratégia do *first-mover* tem os seus riscos (Mitchell, 1989) e ao longo do tempo essas vantagens podem mesmo desaparecer por completo (Kerin *et al.*, 1992). Portanto, ser o primeiro no mercado não é, por si só, condição necessária ou suficiente para a (continuidade) dessa liderança (Tellis e Golder, 1996).

No caso da Indústria Farmacêutica, um *early entrant* habitualmente surge num mercado já criado ainda antes do lançamento do produto, dada a especificidade do mercado (Vakratsas e Kolarici, 2008). Nestes casos, um estímulo ao conhecimento do consumidor sobre marca e o produto origina um aumento da magnitude e da duração da vantagem pioneira (Kardes e Kalyanaram, 1992), através da comunicação e promoção farmacêutica, que parece servir dois propósitos: a formação de um hábito e a disponibilização da informação (Leffler, 1981).

1.5. A comunicação no Marketing Farmacêutico

A comunicação – *promotion* –, enquanto elemento do marketing-mix muitas vezes subestimado em comparação com os restantes nos demais setores, assume, na Indústria Farmacêutica, um papel quase central, sendo mesmo mais relevante do que o preço, produto e distribuição (Stros e Lee, 2015) (Tabela 1).

A despesa em comunicação tem um impacto positivo e significativo nas vendas geradas no mercado farmacêutico, ainda que existam divergências consoante a categoria de produto e a doença a que o produto se destina (Kremer *et al.*, 2008; Cavusgil e Calantone, 2011).

Também os diferentes instrumentos de comunicação apresentam resultados diferentes. Ao passo que a venda direta (*personal selling*), personalizada nos DIMs, influi diretamente sobre a quota de produto (*idem*), o marketing direcionado ao consumidor tem um efeito positivo tanto nas vendas do produto como nas vendas da categoria da doença a que se destina (Narayanan *et al.*, 2004), sensibilizando o consumidor independentemente de este necessitar ou não daquela medicação. Mas neste mercado, não só as rivalidades publicitárias devem ser abordadas; também as rivalidades científicas o deverão ser, sendo que os prescritores são mais influenciados pela informação científica de um produto, em detrimento da comercial.

Na Indústria Farmacêutica, como em tantas outras, a comunicação de marketing desenvolve-se em dois caminhos: estratégia *push* e estratégia *pull*. Na primeira, a comunicação é feita ao médico e/ou farmacêutico, - o prescritor e, portanto, frequentemente também decisor; esta aproximação ao profissional de saúde é feita, essencialmente, através de visitas dos delegados de informação. No segundo caso, a estratégia é desenhada no sentido de influenciar o consumidor e a sua procura por um determinado medicamento, e desenvolve-se, essencialmente, através de *direct-to-consumer advertising* ou seja, publicidade nos meios de comunicação social (Cavusgil e Calantone, 2011).

A abordagem direta ao consumidor prende-se com a ideologia de que os *mass media* aumentam a sensibilidade dos consumidores para a doença e para o tratamento,

motivando-os a procurar um médico para condições não previamente tratadas (Donohue e Berndt, 2004; Shaw, 2008; White *et al.*, 2004), estando mesmo os pacientes mais propensos a uma consulta ou consumo em resposta à publicidade (Chen e Norman, 2007). No entanto, isto é apenas possível em casos onde esta comunicação direta ao paciente é legalmente permitida (como nos Estados Unidos ou Nova Zelândia), estando provado esta que estimula a sua procura, não tendo, no entanto, o mesmo efeito junto da comunidade médica aquando da prescrição (Iizuka e Zhe Jin, 2002). Em Portugal, é apenas autorizada a publicidade a medicamentos de venda livre, sendo esta atividade muito regulamentada e controlada pelas autoridades responsáveis pela área da saúde e do medicamento, nomeadamente pela ERS (Entidade Reguladora da Saúde) (Madeira, 2015). Ainda assim, a Indústria Farmacêutica figura, habitualmente o *top* dos maiores investimentos publicitários, seja em termos nacionais (Marktest, 2016), seja em termos internacionais (Statista, 2016).

Considerando as restrições legais, existem outros instrumentos promocionais na indústria, como a informação direta aos médicos (*direct-to-physician promotion*), de resto uma das práticas que mais caracteriza a IF. Este é um dos esforços mais significativos nas despesas de marketing das empresas farmacêuticas, mas também um dos mais proveitosos: as vendas são fortemente influenciadas pela venda direta em primeiro lugar, e posteriormente pela publicidade em revistas e jornais e, em último, pela publicidade direcionada ao consumidor no caso dos MNSRM (Kremer *et al.*, 2008).

A venda direta e pessoal é mesmo apontada como vital à IF, essencialmente no mercado dos medicamentos prescritos, tendo um efeito positivo e estatisticamente significativo no número de novas prescrições feitas por um médico (Mizik e Jacobson, 2004) ainda que possa ser contraproducente quando em excesso, dissuadindo o médico de prescrever o medicamento, e prejudicando os resultados em termos de vendas (Gonül *et al.*, 2001). Por este motivo, tanto a frequência e a duração da visita ao médico, como o número de ofertas (brindes e amostras) devem ser otimizadas. Também a importância da personalidade do comercial ou do DIM (Delegado de Informação Médica) e do seu relacionamento com o médico deverão ser tidos em conta, já que estes dois elementos

desempenham um importante papel na eficácia das vendas (Ambady e Krabbenhoft, 2006; Andaleeb e Tallman, 1996; Churchill *et al.*, 1985; Hill, 1999).

Ainda que, como referido anteriormente, os consumidores não desejem o produto mas sim os seus efeitos, é importante perceber o seu comportamento, motivações e expectativas, nomeadamente para a indústria farmacêutica (produtores) e para os prescritores e farmacêuticos, para melhor orientar a abordagem.

1.6. Conclusão

Ainda que uma área peculiar, o Marketing Farmacêutico encontra pontos comuns com diversas outras esferas, nomeadamente nos seus elementos-chave. Difere, no entanto, a importância atribuída e a influência/contributo de cada um para o sucesso e/ou insucesso de uma dada marca ou produto. No modelo conceitual do marketing farmacêutico (Figura 2) existe uma indicação clara de que todas variáveis influenciam as vendas/decisão de prescrição, desde a ordem de entrada – já abordada –, ao produto e preço, terminando na política de comunicação, cujas mensagens são filtradas pelo conhecimento e atitude crítica e científica do profissional de saúde.

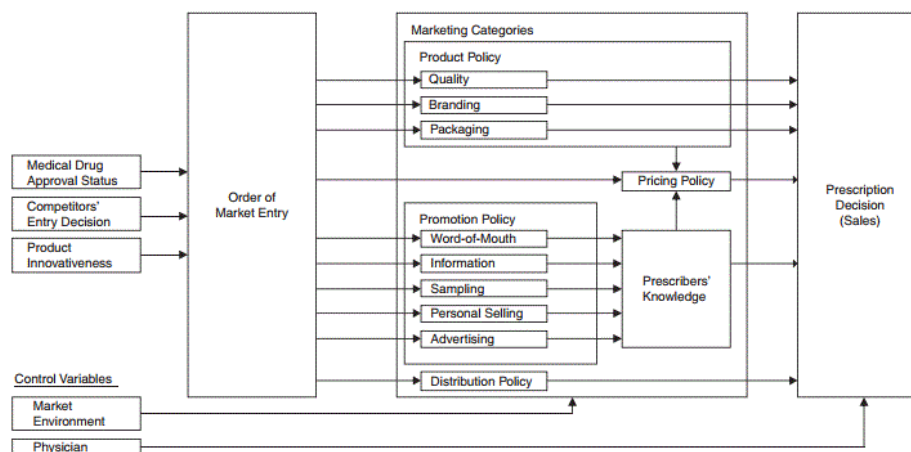


Figura 2 - Modelo Conceptual do Marketing Farmacêutico

Fonte: Stros e Lee (2016, p. 329)

2. Comportamento do Consumidor

2.1. Conceitos do Comportamento do Consumidor

Ainda que com várias definições alternativas (Tabela 2), o comportamento do consumidor pode ser entendido como “as atividades envolvidas em obter, consumir e dispor de produtos e serviços, incluindo os processos decisórios que antecedem e sucedem estas ações” (Enger *et al.* cit in Matias, 2011, p.11). Nesta, como em tantas outras áreas, é importante perceber o cliente, uma vez que, mais do que conhecê-lo e segmentá-lo, é fulcral perceber como este se comporta e porquê. Para Kotler e Keller (cit in Matias, 2011), conhecer o comportamento de compra dos consumidores é elementar, se considerarmos que o objetivo primordial do marketing é o de atender e satisfazer as necessidades e desejos desses mesmos consumidores, que tomam decisões no sentido de lhes dar resposta; no caso da IF, um consumidor (neste caso, o paciente) desloca-se a uma farmácia para satisfazer um desejo, como por exemplo, tratar uma constipação (Holdford, 2003, p. 103). A decisão pode ser complexa e influenciada por diversos fatores de natureza pessoal, social, económica – como a perceção de risco – ou por recomendação de amigos (*ibidem*).

Enquanto processo contínuo – e não apenas restrito à compra do bem ou serviço – (Solomon, 2008, cit in Cântara, 2014), o comportamento do consumidor pode ter inúmeras variáveis – explicativas individuais, permanentes ou explicativas sociológicas e psicossociológicas (Lindon *et al.*, 2011, cit in *idem*); individuais, interpessoais e socioculturais (Dubois, 1999, cit in *idem*), ou, apenas, internas – perceção, necessidade, motivação e atitude –, e externas – mediante interação com terceiros (Lindon *et al.*, 2011, cit in *idem*), sendo que os fatores culturais podem influenciar grandemente o comportamento do consumidor, (em termos culturais, subculturais e pela classe social) (Kotler *et al.*, 1999, cit in *idem*).

Tabela 2 - Tabela Definições do Comportamento de Compra do Consumidor

Autor	Definição
Jacoby (1975,1976)	“inclui a aquisição e utilização de bens e serviços pelos consumidores finais assim como o tempo despendido na busca de informação, aquisição e consumo. É um processo dinâmico que ocorre ao longo de tempo e difere de pessoa para pessoa assim como de ocasião para ocasião”
Kotler (2005)	“área que estuda a forma como as pessoas, grupos e organizações seleccionam, compram, utilizam e rejeitam artigos, serviços, ideias ou experiências para satisfazer as suas necessidades e anseios”
Solomon (2011)	“processo pelo qual os indivíduos ou grupos passam para seleccionar, comprar, utilizar e descartar bens, serviços, ideias ou experiências para satisfazer as suas necessidades e desejos. É um processo contínuo que vai mais além do que acontece no momento em que o consumidor troca o seu dinheiro por bens ou serviços”
Schiffman e Kanuk (2007)	“comportamento que os consumidores apresentam na sua busca, compra, uso, avaliação e rejeição de produtos e serviços que esperam que satisfaçam as suas necessidades”

Fonte: Charme (2014, p. 3)

2.2. Modelos e Teorias do Comportamento do Consumidor

Abordar o comportamento do consumidor é abordar conceitos como a motivação, a atitude e a necessidade e, forçosamente, a Teoria da Hierarquia das Necessidades de Maslow. Segundo esta teoria, que data de 1954, as necessidades apresentadas pelos indivíduos diferem em termos de importância, pelo que deverão ser hierarquizadas, desde necessidades inferiores (básicas e, por isso, mais importantes) a necessidades superiores (de autorrealização e do ego). Na base da pirâmide encontram-se as necessidades fisiológicas, onde se poderão incluir os medicamentos (Cântara, 2014).

A análise do comportamento de compra pressupõe a análise do processo de tomada de decisão, e é representado na literatura por diversos modelos de etapas de diferentes autores. Solomon (2008, cit in Cântara, 2014) numa adaptação ao modelo de Dubois (1999) – com quatro etapas: despertar necessidade; recolha de informação; tomada de decisão; avaliação – acrescentou a apreciação de alternativas na fase de tratamento de informação.

Também o Modelo Estímulo-Resposta poderá explicar a compra e consumo de MNSRM, considerando a sequência dos eventos: estímulo (doença) – necessidade (aliviar sintomas) – e satisfação (ausência de doença), sendo a necessidade, neste caso, resultado de um estímulo fisiológico e patológico. Estímulos de marketing e estímulos ambientais/externos podem também interferir neste processo de tomada de decisão (Turek e Owczarek, 2014), como será abordado de seguida.

Considerando as menores restrições em termos de imagem e de comunicação dos MNSRM, face aos prescritos, também o modelo A.I.D.A. deverá ser abordado. Acrónimo de Atenção, Interesse, Desejo e Ação, o modelo foi criado na década de 90 do século XIX por St. Elmo Lewis, e publicado anos mais tarde. Essencialmente aplicável aos anúncios, expõe 4 fases no processo de compra: a fase cognitiva (Atenção), a fase afetiva, que engloba o Interesse e o Desejo que o produto desperta no consumidor e a fase comportamental, da Ação, quando o consumidor adquire o produto. O modelo resultou no *marketing/purchase funnel*, representativo das fases no processo de compra, que em traços gerais compreende a consciência da necessidade (*awareness*), a consideração (*consideration*) e avaliação de várias alternativas, e a conversão (*conversion*) do interesse na compra. Atualmente, e atendendo às alterações verificadas nos padrões de compra e atitude dos consumidores, deverão também ser consideradas etapas como a lealdade para com a marca (*loyalty*) e o apoio público que os consumidores prestam às marcas, recomendando-as aos seus pares (*advocacy*). Assim, será fácil depreender que o processo de decisão de compra mudou, e que as marcas têm de saber ultrapassar e até aproveitar as alterações que, por exemplo, as novas tecnologias trouxeram (Mckinsey & Company, 2009).

Outro modelo grandemente explorado e aplicado ao estudo do consumo de medicamentos, nomeadamente MNSRM, é o da Teoria do Comportamento Planeado (TPB) (Shohel *et al.*, 2013; Mendes, 2014). Esta Teoria relaciona as crenças, atitudes e normas com as intenções e os comportamentos, havendo já estudos que mostram que a intenção de compra impulsiona muito as vendas (Huber, 2012).

2.3. Determinantes e Motivações no Comportamento do Consumidor

Hábito; Consumo repetido; Uso anterior satisfatório

O consumo anterior, satisfatório e eficaz de um medicamento é um dos motivos que impacta a decisão de compra de um medicamento não prescrito. A experiência direta e passada com um produto é crítica na construção de confiança, crenças e sensibilidade ao preço sendo determinante no comportamento de compra repetido de MNSRM (Shohel *et al.*, 2013). Segundo os autores, a marca e a experiência passada são as maiores influências na compra destes medicamentos. A eficácia percebida (que decorre de um consumo prévio), a segurança e a familiaridade influenciam a decisão de compra de MNSRM (Hanna e Hughes, 2011). Assim, a experiência passada e satisfatória com um medicamento conduz à sua recompra e uso (Babu, 2008, cit in Matias, 2011), sendo mesmo considerado um dos fatores mais importantes na decisão de compra atrás do aconselhamento do farmacêutico (Wazaify *et al.*, 2005 cit in Matias, 2011).

Papel do Farmacêutico e/ou Técnico de Farmácia

Os farmacêuticos desempenham um papel inquestionavelmente relevante no momento de interação com o público, que procura a farmácia para encontrar uma solução terapêutica para um problema ligeiro específico, ou tão-somente para fazer o levantamento dos medicamentos prescritos pelo médico. O papel do farmacêutico (Duarte, s.d.), a importância do serviço na construção de qualidade percebida, satisfação e lealdade no setor da saúde (Kondasani e Panda, 2015), e o impacto da confiança, do valor percebido e satisfação na lealdade do paciente (Sumaedi, 2014) foram já estudados, e são concordantes na importância atribuída ao serviço e atendimento.

As recomendações dos profissionais de saúde são levadas em consideração, a par das recomendações da família, publicidades e marcas e, em menor escala, da internet e outros meios; o *package* e a bula são apontados como úteis, ainda que não seja suficientemente clara para todos (Gray, 2011). A influência profissional e não profissional na compra de MNSRM é recorrente, sendo que alguns consumidores reclamam mesmo a sua autonomia e liberdade de escolha total na compra de um

medicamento deste género (Hanna, 2011), dispensando a recomendação do profissional de saúde. 70% dos inquiridos do estudo citado considera que deve poder escolher o medicamento sozinho, independentemente da sua evidência científica. A possibilidade de autonomia deve ser considerada pelos farmacêuticos, que deverão ainda estar conscientes de que as expectativas dos consumidores podem entrar em conflito com a prática da evidência de eficácia (*idem*). Os MNSRM são habitualmente adquiridos devido à facilidade de acesso, à toma habitual e ainda à publicidade (Fernandes *et al.*, 2010), ainda que não dispensando o aconselhamento do farmacêutico, por ser mais incisivo, rápido e direto em comparação à consulta médica (*idem*).

Fator Preço – Sensibilidade

Do ponto de vista económico, sabe-se que a procura por um medicamento está diretamente relacionada com o seu preço baixo, o preço alto dos seus substitutos, os altos rendimentos e gostos do consumidor, bem como a qualidade do medicamento e serviço de atendimento (Holdford, 2003). O preço de um medicamento pode ter um efeito vital quer na sua toma (quando baixo), quer no abandono da terapêutica (quando alto e/ou não participado).

Os MNSRM vieram revolucionar o acesso a cuidados de saúde, anteriormente barrados por uma consulta médica ou urgência hospitalar. Num estudo realizado com consumidores japoneses, as camadas mais novas apontaram o custo como obstáculo para irem ao médico, ao passo que as mais velhas apontaram a necessidade de transporte. As pessoas com um nível socioeconómico mais baixo alegaram mesmo preferir “descansar” ao invés de irem ao médico ou comprarem um MNSRM (Aoyama *et al.*, 2012). No entanto, está também estudado que a sensibilidade ao preço vai diminuindo à medida que a confiança no medicamento e na marca – derivada de experiência passada satisfatória – aumenta. Assim, a sensibilidade ao preço e a compra repetida são variáveis dependentes (Shohel *et al.*, 2013). No estudo de Fernandes *et al.* (2010), mais de metade dos inquiridos considerou o preço fator decisivo na compra de um MNSRM, ao passo que os restantes 48,7% consideraram-no fator secundário. Amaral (2008), citado em Matias (2011), aponta mesmo o preço enquanto o atributo mais ponderado na hora de comprar um MNSRM. O mesmo autor cita ainda Akçura *et*

al. (2004) que, no seu estudo, constatam uma fraca ou mesmo inexistente sensibilidade ao preço na compra de MNSRM, explicável pela lealdade à marca e inferência da qualidade quando comparadas várias marcas alternativas (incluindo genéricos). Há, assim, consumidores dispostos a pagar por marcas específicas, mesmo quando as alternativas são semelhantes (Bronnenberg *et al.*, 2010). Segundo os autores Ling *et al.* (2002, cit in *idem*) uma grande porção de consumidores compra medicamentos específicos de uma marca, ainda que em termos químicos existam substitutos como genéricos disponíveis nas mesmas lojas a preços muito mais baixos, o que se poderá explicar pela confiança numa marca específica.

Marca – definição, importância e impacto

Segundo a AMA, a marca é “um nome, um termo, um sinal, ou desenho, ou combinação destes elementos, com vista a identificar os produtos ou serviços de um vendedor e a diferenciá-los dos concorrentes” (2013). Também no setor farmacêutico, a marca-produto ou institucional parece ser, por vezes, um fator determinante na escolha do medicamento e até mesmo de lealdade. A lealdade a uma marca surge quando os consumidores estão dispostos a pagar *premium* para adquirir o medicamento original, situação recorrente no mercado dos genéricos (Costa-Font *et al.*, 2014). De acordo com Babu (2008), citado em Matias (2011), a identidade da marca e a percepção que o consumidor, o farmacêutico e o médico têm desta tem influência direta na escolha de um MNSRM por parte do consumidor. A confiança na marca (Shohel *et al.*, 2013) e a familiaridade com a marca ou tão-somente com o nome (Hanna, 2011), são determinantes no momento da compra de MNSRM. A preferência pela marca A em detrimento da B, cria barreiras à entrada e vantagens de longo-prazo a empresas estabelecidas, e pode mesmo explicar a sua superioridade por longos períodos (Bronnenberg *et al.*, 2010). A marca – adquirível pelos consumidores, intemporal e única – é, nestes casos, sobreposta ao produto, e oferece valor funcional e valor expressivo (consumidor revê-se na marca) (Blackett, 2001, cit in Dickov, 2012), sob a forma de atributos intrínsecos e extrínsecos, respetivamente (Dickov, 2012).

Comunicação – publicidade, *merchandising* e *layout* do local de venda e rótulo

Os MNSRM gozam, em Portugal, de um estatuto diferente dos *pharma* ou éticos (MSRM), na medida em que podem ser publicitados em todos os meios disponíveis para o efeito. Apesar de algumas limitações éticas e legais que serão abordadas numa fase posterior, e das alterações recentes na sua prática (em vigor desde 1 de novembro) (Madeira, 2015), a verdade é que indústria farmacêutica é uma das que mais investe em publicidade, nomeadamente televisiva (CorreioManhã, 2015). O marketing direto e a publicidade desempenham um papel central na escolha de um MNSRM (Albert, 2014), sendo a segunda apontada como fulcral na situação de escolha de um OTC de um pai para um filho menor (Gray, 2011), essencialmente na construção de notoriedade. A publicidade pode ter influência direta na motivação do consumidor, que poderá conduzir à compra do produto, ao despertar a necessidade – interna ou externa – e o desejo no indivíduo (Silva *et al.*, 2007, cit in Matias, 2011). Esta forma de comunicação é uma variável que influi na decisão de compra de um MNSRM, uma vez que “demonstra ser um fator gerador de informações sobre o medicamento podendo também aumentar a confiança do consumidor sobre a marca” (Amaral, 2008, cit in Matias, 2011, p. 9). Ainda que funcione como *recall* para alguns consumidores, outros há que garantem não ser persuadidos por meios de comunicação no que toca aos MNSRM (Vitor *et al.*, 2008). O *merchandising* no local de venda e o *layout* da farmácia, o rótulo e a cartonagem podem também influenciar a compra e a venda de MNSRM (Matias, 2011).

Um estudo realizado em Portugal sobre o consumo de antigripais, mostrou que, na opinião dos profissionais de saúde, é a publicidade o principal fator na aquisição de um antigripal; já os utentes, incluídos no mesmo estudo, atribuem a compra à sua opinião e ao conselho do profissional de farmácia (Livro Resumos IX Congresso APLF 2014, p.31)

Determinantes pessoais, sociais e culturais na compra de MNSRM

Há outros determinantes importantes na compra de MNSRM, nomeadamente no que ao perfil do consumidor diz respeito.

Alguns estudos indicam que mais mulheres do que homens tomam medicamentos, sendo que o uso de fármacos prescritos aumenta com a idade, numa relação proporcionalmente inversa ao consumo de MNSRM, que parece diminuir (Daban, 2010; Quintal *et al.*, 2015). Homens de boa saúde e de classes sociais altas tomam mais Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, sendo que os que não gozam de uma saúde em pleno, ainda que de classes sociais altas, tomam mais medicamentos prescritos, mais ainda em comparação com classes sociais mais baixas. Reformados, desempregados ou estudantes de boa saúde também parecem tomar mais medicamentos prescritos (Daban, 2010). O estudo, realizado em Barcelona, mostra que independentemente das condicionantes em termos de saúde, há muitos outros determinantes sociais que afetam o consumo de MNSRM. Em Portugal, e de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, o consumo de medicamentos prescritos pelos idosos é francamente superior ao de pessoas com idade inferior a 35 anos (90% contra menos de 30%), sendo este maior nas mulheres do que nos homens (62,7% face a 48,6%). Já no que toca aos medicamentos de venda livre, a relação com a idade é inversa: quanto mais jovem, maior é o consumo de MNSRM (cerca de 30% da população entre 25 e 34 anos é consumidora).

Outro estudo, realizado na Coreia do Sul, tem alguns resultados contrários (Cho, 2013). O grupo de automedicação é constituído por indivíduos mais velhos e com doença crónica, sendo que a compra de MNSRM não surge isolada mas sim relacionada com a utilização de serviços de saúde complementares. A idade e a doença crónica são, então, os principais fatores relacionados com o consumo de OTC por longos períodos (idem). A doença crónica está associada ao consumo de MNSRM, nomeadamente devido ao controlo e autonomia que os pacientes crónicos passam a assumir na sua saúde (Quintal *et al.*, 2015). À semelhança do que se conclui noutros estudos, à medida que as consultas de ambulatório no hospital aumentam, o consumo de MNSRM em automedicação diminui, estando diretamente associadas à compra (Cho, 2013). Porém, há outros estudos que contrariam esta realidade, nomeadamente no estudo realizado em

Porto Alegre, Brasil, no qual uma grande parte dos inquiridos tinha visitado o médico no ano anterior (Vitor *et al.*, 2008), ainda que a percentagem que comunique ao profissional de saúde a toma recente de MNSRM seja baixa ou quase nula.

O elevado consumo de alguns tipos de MNSRM (por exemplo, analgésicos ou anti-inflamatórios) parece dever-se à aceitação social da sua toma e ao fácil acesso, sendo que o consumo neste mercado não depende apenas do preço, mas de outros determinantes como o sexo, a idade, o número de crianças em casa, o salário, a pensão, a avaliação do estado de saúde, o comportamento em caso de dor, doença ou desconforto. O número de consultas e o pedido de recomendação ao médico ou farmacêutico, a leitura da informação relativa ao medicamento, entre outros fatores, poderão também ser estudados (Turek e Owczarek, 2014).

2.4. Conclusão

A revisão da literatura revela a existência de inúmeros fatores influenciadores na decisão de compra e consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, acerca dos quais a Indústria Farmacêutica e o mercado têm de estar a par.

Se, por um lado, os consumidores procuram a sua própria autonomia na escolha de um MNSRM em detrimento de outro (Hanna e Hughes, 2011), por outro, dão ainda muita importância à recomendação tanto do profissional de saúde (Fernandes *et al.*, 2010; Turek & Owczarek, 2014), como de familiares e amigos (Gray *et al.*, 2011). No entanto, um dos principais determinantes na escolha de um MNSRM – senão o principal – parece mesmo ser o hábito, tradição ou uso anterior satisfatório com um dado fármaco para uma dada condição de saúde (Huber e Forsthofer, 2012; Shohel *et al.*, 2013). A confiança (Roblek e Bertoncel; Sumaedi *et al.*, 2014) e o preço (Shohel *et al.*, 2013; Turek & Owczarek, 2014) têm também algum impacto na decisão de compra, também ela influenciada por características sociodemográficas. Nos diversos estudos, existem semelhanças mas também diferenças em termos de determinantes de consumo e necessidades de MNSRM, que se poderão explicar por especificidades culturais, da população e do próprio país.

Parte II – Estudo Empírico

3. Metodologia

Considerando a revisão da literatura feita e os diversos estudos apresentados, expõe-se no presente capítulo a metodologia do estudo. Neste ponto será exposto o tópico e objetivo desta investigação, a relevância e o objeto de estudo, a questão de investigação e as considerações metodológicas, como o inquérito aplicado, as escalas de medida, a seleção e caracterização da amostra e a recolha de dados.

Para a análise de dados foi utilizado o *software* SPSS Statistics 22.

3.1. Tópico de Investigação e Objetivo

O tópico de investigação desta dissertação tem como título “O Perfil dos Consumidores de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto”.

Esta investigação surge da necessidade de conhecer o consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) em Portugal – concretamente no Grande Porto – compreender a frequência da automedicação e o que leva os consumidores a optarem por um MNSRM em detrimento de outro, os principais problemas menores de saúde associados e as classes terapêuticas mais consumidas. Adicionalmente, e face ao vazio na literatura de um estudo holístico, serão expostos os fatores que impactam na sua decisão de compra dos consumidores, enquanto é estudada, em simultâneo, a problemática da automedicação em Portugal e é traçado o perfil do consumidor-tipo.

3.2. Objeto de Estudo

De modo a melhor compreender a compra e consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e a problemática da automedicação, será estudada a população do Grande Porto consumidora deste tipo de medicamentos, comparando-a, quando possível, com a população de Bragança, representante da região do Interior do país, com base no estudo já publicado de Nascimento *et al.* (2010).

3.3. Questão de Investigação

Qual o perfil do consumidor de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto?

Q.1. Qual o consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto e quais as principais patologias e grupos terapêuticos associados?

Q.2. Quais os principais fatores externos e/ou determinantes no Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto?

3.4. Hipóteses de Investigação

As hipóteses, afirmações que tentam dar resposta à problemática em estudo, foram traçadas com base na revisão da literatura. A pesquisa e o tratamento dos resultados do estudo traçado irão corroborar ou refutar as hipóteses traçadas, apresentadas abaixo:

Tabela 3 - Hipóteses de Investigação

Hipóteses	Formulação	Sustentação na Literatura
H1	A frequência da automedicação/consumo de MNSRM é igual entre os sexos.	Nascimento <i>et al.</i> (2014)
H2	Não existem diferenças entre as médias das idades no que diz respeito à frequência da automedicação/consumo de MNSRM.	Adaptado de Nascimento <i>et al.</i> (2014)
H3a	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e o estado civil.	Quintal <i>et al.</i> (2015)
H3b	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e as habilitações académicas.	
H3c	Não existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e a situação profissional.	Daban <i>et al.</i> (2010)
H3d	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e o rendimento mensal.	Aoyama <i>et al.</i> (2010) Daban <i>et al.</i> (2010)
H4	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e a perceção do estado de saúde	Turek e Owczarek (2014).
H5	A aquisição de MNSRM é feita na farmácia	Análise de mercado

Fonte: Elaboração Própria

3.5. Considerações Metodológicas

3.5.1. Inquérito por questionário: Estrutura e escalas de medida

Para dar resposta à questão de investigação, que pretende aferir a incidência da compra e consumo de MNSRM no Grande Porto, foi realizada uma pesquisa exploratória quantitativa, usando uma técnica de recolha de informação não documental por observação indireta – através de um questionário *online*, com perguntas fechadas e semi-abertas, todas elas de resposta obrigatória, no sentido de evitar *missing cases* [Anexo 1]. Os *missing values* podem ocorrer tanto quando o indivíduo não sabe efetivamente a resposta à questão (NS/DK) ou quando este se recusa a responder (NR/NA), eventualmente para evitar conceder uma opinião – normalmente estes casos não são distinguidos o que poderia causar um desvio na interpretação dos dados (Marcoulides e Moustaki, 2014). A recolha de informação com base em dados primários não invalidou a pesquisa feita ao nível de estudos/resultados já publicados sobre a temática em causa, que contribuiu, essencialmente, para o enquadramento teórico, traçar questões e hipóteses de investigação e melhor identificar o perfil-tipo do consumidor global de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica.

Os dados resultantes do questionário são maioritariamente, qualitativos: nominais, se considerarmos, por exemplo o género (feminino ou masculino) e ordinais, se considerarmos as escalas de *Likert* disponibilizadas ao longo do questionário para avaliar, por exemplo, a concordância face a determinadas citações dispostas retiradas de estudos já publicados, onde 1=Discordo Totalmente e 5=Concordo Totalmente. Foi também avaliada a influência de um determinado fator na compra ou perceção de MNSRM, numa escala de *Likert* com características de Osgood, Suci e Tannenbaum (1957) na colocação de afirmações opostas em cada extremidade da escala, onde 1=Nenhuma Influência e 5=Muita influência. Na utilização deste tipo de escalas, existe um risco inerente às categorias médias (*middle categories*), que, segundo os autores Marcoulides e Moustaki (2014), não representam uma resposta definitiva à questão; a resposta definitiva prender-se-á com qualquer possibilidade de resposta ordenada à exceção da opção central, no caso 3 – “Neutro” e “Não Discordo Nem Concordo”.

3.5.1.1. O Inquérito

O inquérito é uma das formas mais comuns de recolha de dados, nomeadamente no conhecimento de uma dada população ou problemática. Este método permite, num só documento ou momento, a pesquisa e tratamento de conhecimentos e comportamentos, atitudes e crenças e ainda indicar a relação e/ou associação entre as diversas variáveis em estudo (Bowling, 1997).

No sentido de dar resposta à questão de investigação central “Qual o perfil do consumidor de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto?” e às questões secundárias, e considerando a pertinência, os objetivos e a orientação da presente dissertação – centrada no consumidor –, foi utilizada uma metodologia quantitativa e desenhado um inquérito por questionário.

Construído com base num estudo similar realizado no Interior do país e ainda na revisão da literatura, direcionado a consumidores de MNSRM no Grande Porto, foi dirigido a uma amostra de conveniência, com restrição de idade (+20 anos) e de localização.

Esta opção quantitativa sob a forma de questionário é largamente utilizada em estudos de âmbito académico na área dos MNSRM, avaliando o padrão e determinantes do consumo (Vitor *et al.*, 2008; Turek e Owczarek, 2014), a atitude, intenção e lealdade a marcas de MNSRM (Shohel *et al.*, 2013; Sumaedi, 2014), ou a tipificação do consumidor (Daban, 2010; Aoyama *et al.*, 2012). Foi usada uma amostragem por conveniência, não probabilística, com inquérito por questionário difundido *online* a consumidores de MNSRM do Grande Porto. O estudo comparativo é o de Nascimento *et al.* (2010), cujo *poster* foi apresentado no IX Congresso da APLF (Associação Portuguesa dos Licenciados em Farmácia) em 2014, e que avaliou a atitude e consumo de MNSRM de 485 indivíduos, aleatoriamente selecionados, do concelho de Bragança. O presente estudo pretende, para além destes pontos comuns – definição de principais medicamentos utilizados e principais motivos para recorrer à automedicação – avaliar influências externas à compra e traçar o consumidor-tipo, cruzando todas as variáveis com as variáveis independentes do estudo, procurando associações e/ou diferenças significativas entre os grupos.

3.5.2. Variáveis de Investigação

Em qualquer tipo de investigação, independentemente da sua natureza ou propósito, é fulcral a distinção entre variáveis dependentes e independentes.

Neste estudo em particular, e considerando o que foi definido anteriormente, a variável dependente será a frequência do consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica na área do Grande Porto. Já as variáveis independentes prender-se-ão com os dados demográficos e sociais dos indivíduos – neste caso os inquiridos –, como o género, a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a situação profissão ou o rendimento mensal do agregado familiar. Também a percepção do estado de saúde, simultaneamente variável latente, será, também ela, uma variável independente, pelo peso que tem no consumo de MNSRM, assumido na revisão da literatura. Variáveis latentes não são diretamente observáveis ou mensuráveis, sendo a sua existência indicada pela manifestação em variáveis manifestas (Marôco, 2010).

3.5.3. Procedimento Amostral

A amostra, selecionada por conveniência, conta com indivíduos residentes, estudantes e/ou trabalhadores do Grande Porto, com 20 ou mais anos. Esta constituiu condição fundamental para participação no estudo, por igualdade de imposição face ao estudo comparativo da população em Bragança. Foram recolhidas 733 respostas, 629 das quais consideradas válidas, dado que do universo de inquiridos, 51 não moravam, trabalhavam ou estudavam no Grande Porto; e/ou 63 não compravam ou consumiam MNSRM e/ou 35 não tinham idade mínima para a participação.

3.5.4. Método de Recolha de Dados

A recolha de dados foi levada a cabo pela difusão de um inquérito por questionário estruturado no *software* do *Google Forms*, difundido *online*, através da plataforma de *email* dinâmico da Universidade do Porto, maioritariamente para estudantes e antigos

estudantes, mas também colaboradores da instituição. A recolha de informação decorreu de 10 de julho a 2 de agosto de 2016, com um total de 466 indivíduos do sexo feminino e 163 do sexo masculino que compram e/ou consomem MNSRM e moram, estudam ou trabalham no Grande Porto.

Trata-se de um inquérito por questionário de preenchimento voluntário e anónimo com respostas maioritariamente do estilo fechado.

O inquérito por questionário difundido contém 20 perguntas.

Numa primeira parte, existe uma explicação do estudo e dos seus objetivos, e uma primeira pergunta para exclusão de inquiridos que não vivam, estudem ou trabalhem no Grande Porto – a única condição, além da idade (20 ou mais anos), imposta para resposta ao inquérito por questionário.

Numa segunda parte, surgem perguntas sobre o termo “automedicação”, a toma de MNSRM e suas motivações, e atitude face à doença (Adaptado de Nascimento *et al.*, 2014). São ainda avaliados os locais de compra, as principais condições e sintomas que conduzem à toma deste tipo de medicamentos, as classes terapêuticas mais procuradas (Nascimento *et al.*, 2014), e a influência de fatores externos na sua compra e consumo.

Numa terceira e última fase, são apresentadas questões de natureza sociodemográfica, e a perceção do estado de saúde, passível de classificação de “Muito Má” a “Muito Boa”. Estes indicadores descritivos assumem um papel fundamental na pesquisa na área das Ciências Sociais, porque funcionam como intermediários que relacionam as observações estatísticas ao fenómeno social, explicando-o (Horn, 1993). Por esse motivo, e seguindo orientações da literatura, também estes foram estudados.

A recolha de dados foi feita entre julho e agosto de 2016, com aplicação e difusão *online* do questionário. 733 pessoas deram resposta ao inquérito por questionário, mas apenas 629 respostas foram consideradas válidas por corresponderem a todas as condicionantes impostas.

3.5.5. Pré-teste

A etapa do pré-teste, fulcral para garantir a eficácia e a máxima correção do inquérito por questionário, não foi ultrapassada.

O pré-teste foi aplicado entre 25 de junho e 10 de julho de 2016, a 10 indivíduos numa amostra de conveniência, retirados posteriormente da amostra considerada para tratamento estatístico dos dados.

Esta etapa permitiu a identificação de pequenas gralhas ou imprecisões que foram de imediato revistas no sentido de garantir a correta e clara perceção das perguntas. Foram, então, alteradas algumas questões, nomeadamente a possibilidade de múltipla-resposta em algumas perguntas, por perceção dessa necessidade aquando do pré-teste.

3.5.6. Processamento de Dados

Os dados resultantes do inquérito por questionário difundido foram tratados com recurso ao programa estatístico SPSS 22.

A amostra foi assim caracterizada com recurso à estatística descritiva, com aplicação de medidas de tendência central e medidas de dispersão, e a relação entre as variáveis com recurso a testes de associação e diferenças, como com a aplicação de Testes Qui-Quadrado (χ^2). Na globalidade dos testes, assumiu-se $p\text{value} \leq 0,05$ como nível de significância estatística e um Intervalo de Confiança de 95% para aceitação de resultados. No caso de associação entre variáveis foi traçado o teste *Post Hoc*, com análise dos resíduos padronizados ajustados em valores absolutos, estabelecendo-se 1.96 para detetar valores significativos (Pestana e Gageiro, 2008). A dupla utilização da Estatística – descritiva e inferencial – justifica-se pela informação que as duas, juntas, fornecem. Se a primeira permite “descrever, de forma sumária, um conjunto de dados”, a segunda permite “retirar conclusões acerca da população-alvo, com base nos resultados obtidos na amostra daí recrutada” (Howell, 2010).

Procedeu-se ainda a uma análise fatorial exploratória (AFE), para a questão 10, com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação (varimax). No sentido de testar a validade de aplicação da análise, utilizou-se o teste de esfericidade de Bartlett e a estatística de KMO. Este é um procedimento de análise exploratória multivariada, usada frequentemente nas Ciências Sociais no sentido de reduzir a complexidade e volume de dados, extraíndo as “componentes principais” de uma dada análise (Marôco, 2014).

4. Resultados

4.1. Distribuição da Amostra

No sentido de mais facilmente ser tratada e compreendida a amostra, começou-se por analisar dados estruturais – e variáveis secundárias – como a idade, o género, o estado civil, as habilitações académicas, a profissão, o rendimento mensal do agregado familiar e a perceção do estado de saúde.

Afirmou-se necessário traçar a Análise Exploratória dos Dados, para, de forma segura, se perceber a que tipo de testes estatísticos se deverá recorrer no sentido de testar as hipóteses de investigação. Assim, para avaliar a distribuição normal (ou não) da amostra, foi realizado o teste K-S (Tabela 4) [Anexo 2] para cada a variável da Frequência de consumo de MNSRM, assumindo um nível de significância $\alpha=0,05$. Sabendo que a amostra retirada da população segue uma distribuição normal $N(\mu, \sigma)$ podemos assumir que as restantes variáveis seguem distribuição normal $N(\mu_n, \sigma_n)$.

H0: A amostra segue distribuição normal

H1: A amostra não segue distribuição normal

Tabela 4 - One Sample Kolmogorov-Smirnov Test: Variável Dependente: Frequência do Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra		Com que frequência se automedica?
N		629
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	2,175
	Erro Desvio	,9813
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	,219
	Positivo	,219
	Negativo	-,151
Estatística de teste		,219
Significância Sig. (2 extremidades)		,000 ^c

a. A distribuição do teste é Normal.

b. Calculado dos dados.

c. Correção de Significância de Lilliefors.

Fonte: Output do SPSS

Com base no pvalue de cada variável (0 para Género e Idade) [$pvalue=0,00<0.05$], H_0 rejeita-se, existindo a possibilidade de a amostra não seguir uma distribuição normal.

No entanto, e assumindo a premissa de que $N > 50$ – a variável tende a aproximar-se da distribuição normal – foram traçados testes paramétricos na aplicação dos testes de hipóteses.

4.1.1. Caracterização da Amostra: Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Académicas, Profissão e Rendimento Mensal do Agregado Familiar

No sentido de conhecer e caraterizar a amostra (629 inquiridos), procedeu-se à elaboração de uma análise quantitativa simples. Obteve-se tabelas de frequências absolutas e relativas para cada variável descritiva [Anexo 3 e 4], optando-se por explaná-las na Tabela-Resumo 5.

Tabela 5 - Caraterização da Amostra

	n=629	Frequência	Percentagem Válida
Género			
Feminino		466	71,4%
Masculino		163	25,9%
Idade			
20-24		349	55,5%
25-34		204	32,4%
35-44		51	8,1%
45-54		18	2,9%
55-64		7	1,1%
Estado Civil			
Solteiro		501	82,8%
Casado/União de Facto		100	15,9%
Divorciado		8	1,3%
Habilitações Académicas			
Ensino Secundário		68	10,8%
Licenciatura		317	50,4%
Mestrado		216	34,3%
Doutoramento		28	4,5%
Situação Profissional			
Estudante		332	52,8%
Trabalhador Estudante		113	18%
Empregado		157	25%
Desempregado		27	4,3%
Rendimento Mensal do Agregado Familiar			
<250€		16	2,5%
251-500€		32	5,1%
501-900€		147	23,4%
901-1500€		212	33,7%
>1501€		222	35,3%

Fonte: Elaboração Própria com base em Output SPSS

É possível concluir que a maioria dos inquiridos é do sexo feminino (74.1%), tem entre 20-24 anos (55.5%) e é solteiro (82,8%), sendo estas as respostas mais verificadas em termos de moda.

Da análise apresentada, é ainda perceptível que 50,4% dos inquiridos tem uma licenciatura, 52,8% é estudante e 18% está empregada e em 35,3% dos casos o rendimento mensal do agregado familiar ultrapassa os 1501€.

4.1.2. Perceção do estado de saúde

No seguimento de outros estudos internacionais (Turek e Owczarek, 2014) e nacionais (Quintal *et al.*, 2015 e Fernandes *et al.*, 2010), foi avaliada a perceção individual do estado de saúde de cada inquirido, considerando a sua grande influência no consumo ou não de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (Tabela 6) [Anexo 5]. Os estudos supramencionados mostram que a perceção, avaliação e manutenção do estado de saúde são algumas das determinantes para o consumo de MNSRM, seja no sentido lato ou no caso de algum grupo terapêutico específico.

Tabela 6 - Caraterização da Amostra: Perceção do estado de saúde

Considero que a minha saúde é...					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Muito má	3	,5	,5	,5
	Má	7	1,1	1,1	1,6
	Razoável	87	13,8	13,8	15,4
	Boa	351	55,8	55,8	71,2
	Muito boa	181	28,8	28,8	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Mais de 55% dos inquiridos a considera a sua saúde “Boa”, quase 30% “Muito Boa” e cerca de 14% “Razoável”.

Se esta avaliação for feita considerando o género, conclui-se que, em termos qualitativos, não há um grande diferencial entre as respostas dadas por homens e mulheres, já que, por exemplo, 55,8% dos inquiridos do sexo feminino alegam ter uma saúde “razoável”, em igual proporção ao sexo masculino [Anexo 5]. Aplicando o Teste

Qui-Quadrado de Pearson, que testa a independência entre variáveis, averiguando a existência de associação, verificamos que não existe uma associação entre as variáveis gênero e percepção do estado de saúde, já que estas são independentes (Tabela 7).

Tabela 7 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Gênero e Percepção do Estado de Saúde

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	3,124 ^a	4	,537
Razão de verossimilhança	2,777	4	,596
Associação Linear por Linear	,191	1	,662
N de Casos Válidos	629		

a. 3 células (30,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,78.
Fonte: Output SPSS

No caso de se analisar este indicador em relação à idade, e dentro de cada faixa etária especificamente, são os mais jovens que consideram ter uma saúde “Boa” ou “Muito Boa” (55,9% e 30,1% e 54,9% e 28,4% entre 20-24 e os 25-34, respetivamente), havendo, depois, uma maior percepção de saúde “razoável” entre os 45-54 anos, por exemplo. No entanto, e analisando a maior concentração em termos percentuais de respostas dadas por faixa etária, concluímos que 58,8% dos indivíduos entre os 35-44; 44,4% entre os 45-54 e 85,7% entre os 55-64, dizem também ter uma saúde “Boa”, resultados francamente superiores aos que, dentro da mesma faixa etária, referem ter uma saúde “Muito Boa”. A idade e a percepção do estado de saúde parecem, também elas, ser variáveis independentes (Tabela 8). Nas restantes variáveis descritivas não se verificam associações à percepção do estado de saúde.

Tabela 8 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Idade e Percepção do Estado de Saúde

	Valor	Df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	11,320 ^a	16	,789
Razão de verossimilhança	14,606	16	,554
Associação Linear por Linear	1,271	1	,260
N de Casos Válidos	629		

a. 14 células (56,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,03.
Fonte: Output SPSS

4.2. Caracterização da Amostra quanto ao Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

4.2.1. Frequência da Automedicação

Da amostra estudada, 100% dos inquiridos consomem ou já consumiram MNSRM, uma vez que, para efeitos de análise foram excluídos todos os que não o faziam. Todos eles conhecem também o termo “automedicação”, que se entende *pel*“o ato pelo qual o indivíduo, por iniciativa própria ou por influência de outros, decide usar um medicamento para alívio ou tratamento de queixas autovalorizadas” (Cruz *et al.*, 2015). É perceptível que a maioria dos inquiridos se automedica/consome MNSRM com “Pouca Frequência”. Em quase igual proporção estão os indivíduos que se automedicam “Raramente” e com “Alguma Frequência”, com 28% e 27%, respetivamente (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização da Amostra quanto à frequência de consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Com que frequência se automedica?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Raramente	177	28,1	28,1	28,1
	Pouca frequência	231	36,7	36,7	64,9
	Alguma frequência	168	26,7	26,7	91,6
	Bastante frequência	38	6,0	6,0	97,6
	Muita frequência	14	2,2	2,2	99,8
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

4.2.1.1. Frequência da Automedicação por Género

Se cruzarmos o indicador género e a frequência da automedicação (Tabela 10) obtemos a indicação de que mais mulheres do que homens se automedicam com “Pouca Frequência” e “Alguma Frequência”, mas a situação inverte-se quando falamos em automedicação com “Bastante” e “Muita Frequência”, onde os indivíduos do sexo masculino ultrapassam o do sexo feminino (7,4% para 5,6% e 3,7% para 1,7%, respetivamente). Ainda assim, em termos absolutos, o consumo do sexo feminino parece superior ao do sexo masculino, corroborando estudos como de Daban *et al.* (2010) ou Quintal *et al.* (2015).

Tabela 10 - Tabela cruzada da frequência da automedicação e o gênero

			Com que frequência se automedica?					Total
			Raramente	Pouca frequência	Alguma frequência	Bastante frequência	Muita frequência	
Gênero Feminino	Contagem		122	174	136	26	8	466
	% em Gênero		26,2%	37,3%	29,2%	5,6%	1,7%	100,0%
Masculino	Contagem		55	57	33	12	6	163
	% em Gênero		33,7%	35,0%	20,2%	7,4%	3,7%	100,0%
Total	Contagem		177	231	169	38	14	629
	% em Gênero		28,1%	36,7%	26,9%	6,0%	2,2%	100,0%

Fonte: Output SPSS

No entanto, é possível concluir que as duas variáveis – gênero e frequência de automedicação/consumo de MNSRM – não têm uma associação significativa, sendo, dessa forma, independentes, tal como nos mostra a Tabela 11.

Tabela 11 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Gênero e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	8,959 ^a	4	,062
Razão de verossimilhança	8,853	4	,065
Associação Linear por Linear	,622	1	,430
N de Casos Válidos	629		

a. 1 células (10,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 3,63.

Fonte: Output SPSS

Considerando a importância estrutural da variável “Frequência da Automedicação” – variável dependente – para o presente estudo, esta foi ainda cruzada com as restantes variáveis sociodemográficas – variáveis independentes –, também elas chave para a compreensão do fenómeno do consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, como a idade, o estado civil, as habilitações académicas, a profissão e o rendimento mensal do agregado familiar.

4.2.1.2. Frequência da Automedicação por Idade

No que toca à idade, é perceptível que, independentemente da faixa etária, a maior percentagem de respostas recai em “Pouca Frequência” no consumo de MNSRM

[Anexo 6 – Tabela 6a]. 37% dos inquiridos entre os 25-34; 36,3% entre os 35-44; 39,2% entre os 45-54 e 44,4% entre os 55-64 afirma automedicar-se com pouca frequência; no caso da faixa etária dos 55 aos 64, a totalidade dos inquiridos diz consumir MNSRM “raramente”.

As variáveis da frequência da automedicação e da idade são variáveis dependentes, apresentando uma associação estatisticamente significativa entre si, já que $0.047 < 0.05$, logo, H_0 , que nos diz que as variáveis são independentes, é rejeitada (Tabela 12).

Tabela 12 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Idade e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	26,531 ^a	16	,047
Razão de verossimilhança	26,756	16	,044
Associação Linear por Linear	5,830	1	,016
N de Casos Válidos	629		

a. 11 células (44,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.
Fonte: Output SPSS

Tal como em todos os casos em que se demonstra existir associação entre duas variáveis, procedeu-se à aplicação o teste *Post Hoc* para avaliar as diferenças entre os grupos [Anexo 6 – Tabela 6a]. Os inquiridos dos 55-64 anos que consomem MNSRM “Raramente” apresentam resultados estatisticamente diferentes dos observados nas restantes faixas etárias, com diferentes frequências no consumo. Esta observação, dentro da associação já testada entre as variáveis idade e frequência no consumo de MNSRM, reforça que são, efetivamente, as faixas etárias mais avançadas quem menos consome MNSRM [Anexo 6 – Tabela 6a].

4.2.1.3. Frequência da Automedicação por Estado Civil

Para cruzar as variáveis “Frequência da Automedicação” e “Estado Civil”, foi considerada a percentagem de maiores respostas dadas a cada intervalo de frequências (de Raramente a Muita Frequência) e não, individualmente ao estado civil, dado que mais de 80% dos inquiridos é solteiro. Desta forma, é perceptível que “Raramente” se automedicam os divorciados (62,5%), com “Pouca” e “Alguma Frequência” os solteiros

(37,4% e 27,1%, respectivamente) e com “Bastante” e/ou “Muita Frequência” os casados (9% e 3%, respectivamente) [Anexo 6 – Tabela 6b].

No entanto, e atendendo à análise da Tabela 13, percebemos que as duas variáveis são independentes, não havendo por isso qualquer associação entre a Frequência de Consumo de MNSRM e o estado civil.

Tabela 13 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Estado Civil e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	7,607 ^a	8	,473
Razão de verossimilhança	7,629	8	,471
Associação Linear por Linear	,049	1	,825
N de Casos Válidos	629		

a. 6 células (40,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,18.

Fonte: Output SPSS

4.2.1.4. Frequência da Automedicação por Habilitações Acadêmicas

Da totalidade dos inquiridos, 38,2% dos indivíduos com o Ensino Secundário, 34,1% com Licenciatura, 38,4% com Mestrado e 50% com Doutorado, afirmaram consumir MNSRM com Pouca Frequência. Dentro de cada opção de resposta, e cruzando estas duas variáveis, é observável que dos indivíduos que se automedicam “Raramente” e com “Alguma Frequência”, estão indivíduos com o grau de licenciado (30,6% e 27,4%, respectivamente), e aqueles que se automedicam com “Bastante” ou mesmo “Muita Frequência”, estão 8,8% dos indivíduos com o Ensino Secundário e 3,6% com o Doutorado, respectivamente [Anexo 6 – Tabela 6c].

A frequência do consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e as Habilitações Acadêmicas parecem ser variáveis independentes, quando aplicado um teste Qui-Quadrado (Tabela 14).

Tabela 14 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Habilitações Acadêmicas e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	7,217 ^a	12	,843
Razão de verossimilhança	7,261	12	,840

Associação Linear por Linear	,140	1	,708
N de Casos Válidos	629		

a. 5 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,62.
Fonte: Output SPSS

4.2.1.5. Frequência da Automedicação por Situação Profissional

Foi atendida, nesta secção, a situação profissional do inquirido, face à frequência de consumo de MNSRM/automedicação. Assim, pode dizer-se que 37% dos estudantes se automedicam pouco frequentemente e 39,8% dos trabalhadores-estudantes raramente. Já os indivíduos empregados automedicam-se de forma pouco frequente (43,3%) face aos 40,7% de desempregados que o fazem raramente [Anexo 6 – Tabela 6d].

Através do Teste Qui-Quadrado aplicado, percebemos que as variáveis “Frequência da Automedicação” e “Profissão” não assumem qualquer associação entre si, sendo, por isso, variáveis independentes (Tabela 15).

Tabela 15 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Situação Profissional e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	18,624 ^a	12	,098
Razão de verossimilhança	20,218	12	,063
Associação Linear por Linear	3,019	1	,082
N de Casos Válidos	629		

a. 4 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,60.
Fonte: Output SPSS

4.2.1.6. Frequência da Automedicação por Rendimento Mensal do Agregado Familiar

Se analisarmos a maior percentagem de respostas dadas em cada intervalo de rendimento mensal do agregado familiar (onde >250€ é o mínimo e <1500€ é o máximo), concluímos que em todos os casos há uma maior concentração em “Pouca Frequência”: 37,5% no caso de rendimentos inferiores a 250€; 40,6% em rendimentos entre os 251-500€; 38,8% em rendimentos entre os 501-900€; 40,1% em rendimentos entre 901-1500€ e 31,5% em rendimentos superiores a 500€ [Anexo 6e].

No entanto, se atentarmos individualmente a cada intervalo de frequência de consumo de MNSRM, percebemos que a maior percentagem de indivíduos que raramente se automedica (34,5%) são aqueles cujos rendimentos se situam entre 901-500€, imediatamente seguidos dos 33,3% de indivíduos cujos rendimentos mensais ultrapassam os 1501€. A automedicação pouco frequente ocorre mais em indivíduos com rendimentos concentrados em 901-1500€ (36,8%). Em casos em que a automedicação ocorre de forma algo frequente, bastante e muito frequente, encontram-se os indivíduos cujos rendimentos ultrapassam os 1500€, com 40,5%, 47,4% e 50%, respetivamente, de respostas verificadas, dentro dos dois indicadores cruzados [Anexo 6e], o que parece mostrar que, em casos de rendimentos superiores, a frequência da automedicação tende a aumentar. Ainda assim, através da análise da Tabela 16, podemos depreender a inexistência de relação de dependência entre as variáveis Frequência de Consumo e Rendimento Mensal do Agregado Familiar.

Tabela 16 - Teste Qui-Quadrado - Avaliação da Independência de Rendimento Mensal do Agregado Familiar e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	19,614 ^a	16	,238
Razão de verossimilhança	17,001	16	,386
Associação Linear por Linear	1,227	1	,268
N de Casos Válidos	629		

a. 9 células (36,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,36.
Fonte: Output SPSS

4.3. Atitude face a um problema menor de saúde

Após a revisão da literatura e consulta de vários estudos similares nacionais e internacionais, foram definidos alguns elementos comuns, nomeadamente a ação em caso de doença ou problema de saúde menor; as principais razões/condições que levam as pessoas a recorrer à automedicação/ao consumo de MNSRM; e quais as classes terapêuticas mais consumidas. De referir que em todos os casos foi dada opção de mais do que uma resposta, dado que foi sentida essa necessidade aquando do período de pré-teste, uma vez que os inquiridos se reviam em mais do que uma resposta. Todas as

respostas foram cruzadas com as variáveis sociodemográficas no sentido de avaliar a sua independência. Apenas as associações de dependência serão apresentadas.

No que toca à ação em caso de doença ou problema de saúde menor, é possível concluir que quase metade (46,6%) dos inquiridos automedica-se com medicamentos que já tem em casa, cerca de 40% consulta um médico, e 33,7% vai a uma farmácia ou parafarmácia e pede aconselhamento farmacêutico. Uma percentagem significativa (21.1%) dos inquiridos espera que os sintomas passem sem qualquer ação e apenas 7.8% vai a uma urgência hospitalar [Anexo 7] (Figura 3).

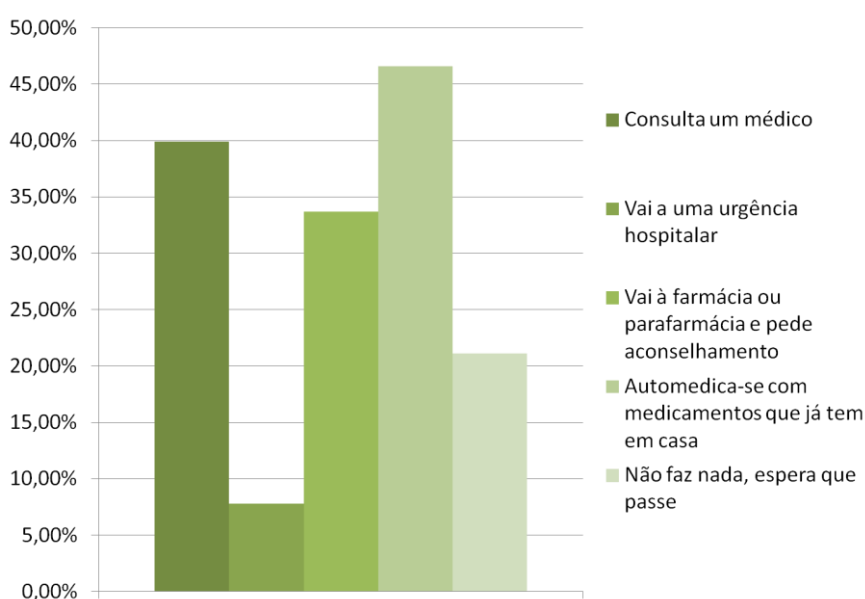


Figura 3 - Distribuição percentual da amostra: Atitude e ação face a problema menor de saúde

Fonte: Elaboração própria com base em Output SPSS

Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos já publicados, tanto a nível nacional como internacional, nomeadamente no que à consulta ao farmacêutico/ida à farmácia diz respeito (Fernandes *et al.*, 2010; Gray *et al.*, 2011; Turek e Owczarek, 2014). Também Aoyama *et al.* (2012) constatou que os indivíduos, essencialmente de estatutos socioeconómicos mais baixos, preferem descansar (esperando que a situação passe), em vez de ir ao médico ou adquirir um MNSR.

Algumas das ações em caso de problema menor de saúde parecem ter uma associação com as variáveis sociodemográficas descritivas apresentadas no final do inquérito por questionário. Para todos os casos em que, após Teste Qui-Quadrado, $p\text{-value} < 0.05$ (nível de significância), foi traçado o teste *Post Hoc*.

A consulta ao médico em caso de problema menor de saúde parece ser dependente da idade ($p=0.000$). Avaliando os valores significativos, e assumindo o valor de <1.96 como estatisticamente significativos, é perceptível que os intervalos de idade dos 45-54 e dos 55-64 apresentam resultados significativamente diferentes dos restantes, o que demonstra que são as faixas etárias mais avançadas que mais recorrem ao médico em caso de problema menor de saúde [Anexo 7 – Tabela 7a].

Também a ida à Farmácia ou Parafarmácia e o respetivo aconselhamento profissional parecem associadas às variáveis género ($p=0.004$) e rendimento mensal do agregado familiar ($p=0.004$), para as quais se procedeu à aplicação do teste *Post Hoc*.

No primeiro caso, os valores significativos são atribuíveis ao sexo feminino, sendo, dessa forma, as mulheres quem mais recorre à Farmácia ou Parafarmácia no intuito de obter conselho profissional em caso de problema menor de saúde [Anexo 7 – Tabela 7b].

Já no que toca aos rendimentos do agregado familiar, os resultados para o intervalo de rendimentos de 501-900€ são estatística e significativamente diferentes dos observados nos restantes intervalos, o que revela que são as pessoas com estes rendimentos quem mais recorre à Farmácia ou Parafarmácia e ao aconselhamento profissional. Por outro lado, as pessoas com rendimentos superiores a 1501€ mensais são as que parecem não recorrer à farmácia ou Parafarmácia [Anexo 7 – Tabela 7c].

Tal como no estudo comparativo de Nascimento *et al.* (2010), a gripe, constipação e tosse são as condições mais apontadas para a automedicação (74,4%), seguido de dores de cabeça (71,4%) e dores diversas, como musculares e osteoarticulares (29,1%). De destacar, no entanto, a infeção ou inflamação, o segundo sintoma/problema mais referido no estudo supracitado, que no caso do Grande Porto, surge como o quarto motivo pelo qual as pessoas recorrem à automedicação. Também os problemas respiratórios ou alérgicos foram mais evidenciados no presente estudo, com 17,2% dos

inquiridos a apontar como uma das razões para o consumo de MNSRM, bem acima do verificado no estudo de Bragança (2010), onde apenas 5% os referem. De destacar que insónias e *stress* e condição crónica foram as condições menos apontadas para a toma de medicamentos não prescritos, com 11% e 4%, respetivamente.

No campo “Outros”, foram apontados problemas como “Dores Menstruais” e/ou “Dores de Dentes”, que por uma questão de coerência, foram incluídos em “Dores Diversas”; também questões relacionadas com “Alergias” e/ou “Problemas de pele”, foram incluídos em “Problema Respiratório e/ou Alérgico” [Anexo 8] (Figura 4).

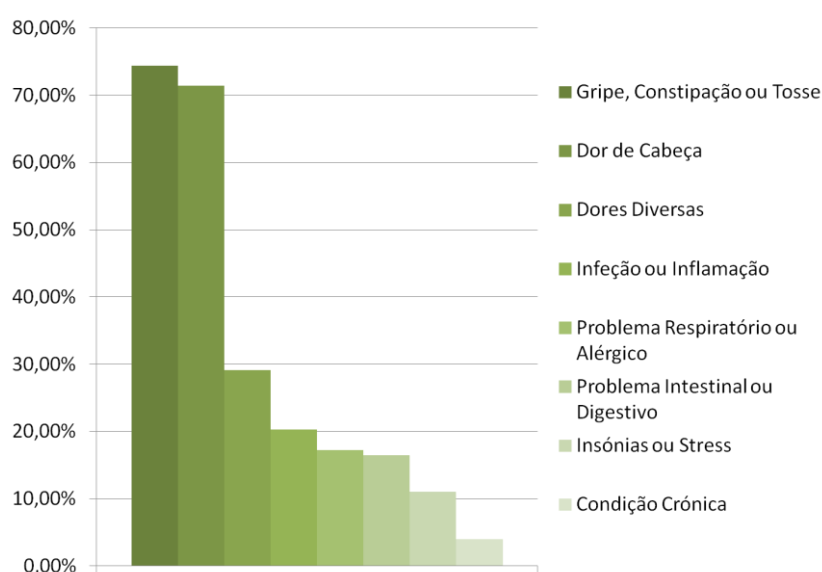


Figura 4 - Distribuição percentual da amostra: Principais sintomas/problemas que conduzem ao consumo de MNSRM

Fonte: Elaboração própria com base em Output SPSS

Também para os principais problemas menores de saúde que conduzem à automedicação foram testadas a independência face às variáveis sociodemográficas, sendo de seguida apresentadas as que demonstraram associação significativa.

A gripe, constipação ou tosse, parece estar associada ao género ($p=0.043$) e ao rendimento mensal dos indivíduos ($p=0.012$). No caso do género, os resultados para o género feminino para ocorrência de Gripe, Constipação ou Tosse são significativamente diferentes dos observados sexo masculino. Assim, são as mulheres quem mais justifica o consumo de MNSRM devido a Gripes, Constipação ou Tosse [Anexo 8 – Tabela 8a].

Já os valores para o intervalo de rendimento dos 901-1500€ são os significativos, o que mostra que são as pessoas com estes rendimentos quem se mais se automedicam justificando casos de gripe, constipação ou tosse [Anexo 8 – Tabela 8b].

A infeção ou inflamação têm uma associação com as variáveis estado civil ($p=0.019$) e habilitações académicas ($p=0.005$). Nos dois casos, e assumindo o valor de <1.96 como valores estatisticamente significativos, podemos observar que os resultados para as pessoas solteiras e para as pessoas com o ensino secundário para ocorrência automedicação devido a infeção ou inflamação são os mais significativos, o que mostra que, dentro da associação já testada entre as duas variáveis, são os solteiros [Anexo 8 – Tabela 8c] e as pessoas com o ensino secundário [Anexo 8 – Tabela 8d] quem mais justifica o consumo de MNSRM em Infeções ou Inflamações.

Na área da dor, seja no que toca a dor de cabeça ($p=0.000$) ou a dores diversas ($p=0.013$), há uma associação clara à variável género, nomeadamente ao feminino. Avaliando individualmente os dados, percebemos que os resultados no caso das mulheres para ocorrência automedicação devido a dor de cabeça [Anexo 8 – Tabela 8e] e dores diversas [Anexo 8 – Tabela 8f] são significativos em relação aos observados nos homens, concluindo-se que são as mulheres quem mais justifica o consumo de MNSRM neste tipo de dores.

Ainda que com um consumo manifestamente reduzido, também a automedicação devido a questões de insónias ou *stress* surge associada à variável idade, assumindo uma relação de dependência ($p=0.029$). Neste caso, os valores significativos observam-se na faixa etária entre os 45 e os 54 anos, sendo estes os indivíduos que mais justifica o consumo de MNSRM em insónias e *stress* [Anexo 8 – Tabela 8g].

Por último, é ainda perceptível que problemas do foro intestinal ou digestivo têm uma relação de dependência com o estado civil ($p=0.018$). Os resultados para as pessoas divorciadas são os mais significativos quando comparados com os das pessoas casadas ou solteiras, sendo então os divorciados quem mais justifica o consumo de MNSRM em Problemas Intestinais ou Digestivos [Anexo 8 – Tabela 8h].

4.4. Motivação para o consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

4.4.1. Fenómeno da automedicação/consumo de MNSRM em alternativa à consulta médica

Quando colocada a questão “Qual ou quais os motivos que justificam/justificaram a automedicação em vez da consulta médica?”, e no seguimento da questão colocada no estudo comparativo de Nascimento *et al.* (2010), a maioria dos indivíduos dispensa a consulta médica, optando pela automedicação/consumo de MNSRM, dado o prévio conhecimento da condição e do que tomar (79,5%), a pouca gravidade da situação (73,1%) e o hábito (38%), tomando sempre o mesmo medicamento para aquela condição [Anexo 9] (Figura 5).

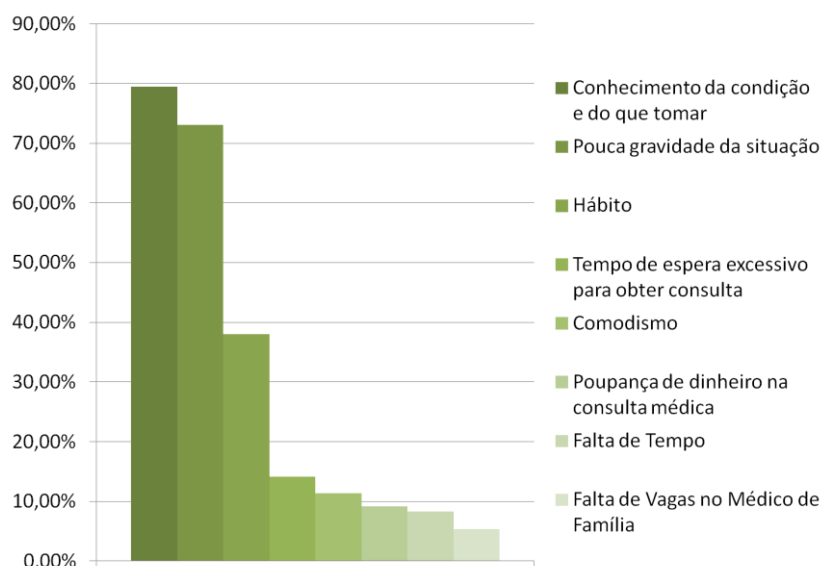


Figura 5 - Distribuição percentual da amostra: Fenómeno da automedicação em alternativa à consulta médica

Fonte: Elaboração própria com base em Output SPSS

Menos apontados são o tempo de espera excessivo para obter consulta (14,1%), o comodismo (11,4%) e a poupança de dinheiro na consulta médica (9,2%). Por último, surgem a falta de tempo (8,3%) e a falta de vagas no médico de família (5,4%) como razões que levam ao consumo de MNSRM, em detrimento da consulta médica. Importante referir que, a seguir à pouca gravidade da situação, a falta de tempo (27%), o

tempo excessivo para obter consulta (22%) e a falta de vagas no médico de família (17%), são os motivos mais apontados pelos inquiridos do estudo comparativo, que decorreu em Bragança (2010). Assim, é possível concluir-se que a falta de tempo para visitar o médico e a falta de vagas no médico de família, assim como o tempo de espera médio para obter consulta, parecem maiores no interior face ao litoral ou, no limite, são mais valorizadas pelos inquiridos para optar pela toma de um medicamento de venda livre em detrimento da consulta médica. De referir também que o aconselhamento de amigos e/ou familiares da área da saúde e os conhecimentos próprios de pessoas com formação em saúde foram referidos no campo “Outros” com 8 verificações, e prontamente incluídos em “Conhecimento da Condição e do que Tomar”, como motivos que justificam o consumo de MNSRM em vez da consulta médica.

A avaliação da independência/associação entre os motivos para o consumo de MNSRM em vez da consulta médica e as variáveis sociodemográficas foi também aqui testada, sendo apresentados de seguida os casos em que a associação se revelou significativa.

O conhecimento da situação e do que tomar – a razão mais apontada para o consumo de um MNSRM em detrimento da consulta médica – tem uma relação de dependência com a situação profissional dos indivíduos ($p=0.048$). Os resultados para as pessoas desempregadas justificarem a automedicação são significativamente diferentes dos observados nas pessoas com outra situação profissional [Anexo 9 – Tabela 9a].

A falta de tempo para a consulta médica está associada ao rendimento mensal do agregado familiar, numa situação de dependência de variáveis ($p=0.035$). Se analisarmos ao pormenor, é perceptível que os valores significativos se encontram entre as pessoas com o rendimento mensal de 251-500€, sendo estes os indivíduos que parecem ter menos tempo para visitar o médico e, que, por motivo, consomem MNSRM [Anexo 9 – Tabela 9b].

A falta de vagas no médico de família enquanto motivo para o consumo de MNSRM em detrimento da consulta médica está associada a variáveis como o estado civil ($p=0.048$) ou o rendimento familiar ($p=0.017$). Os valores significativos são observáveis nos indivíduos divorciados e naqueles que têm rendimentos entre os 251-500€, diferentes dos observados nas pessoas com outros rendimentos ou estado civil, o que mostra que,

dentro da associação já testada entre as duas variáveis, são as pessoas que auferem estes rendimentos [Anexo 9 – Tabela 9c] e os divorciados [Anexo 9 – Tabela 9d] quem mais justifica o consumo de MNSRM na falta de vagas para obter consulta médica.

O rendimento familiar ($p=0.001$) parece também estar associado à poupança de dinheiro na consulta médica como motivo para o consumo de MNSRM. Os resultados para as pessoas com rendimentos entre os 251 e os 500€ justificarem a automedicação em vez da consulta médica na poupança de dinheiro na consulta são os mais significativos, e diferentes dos observados nas pessoas com outros rendimentos, nomeadamente nas pessoas cujos rendimentos ultrapassam os 1500€, numa relação inversa. Assim, são as pessoas que auferem os rendimentos mais baixos quem mais justifica o consumo de MNSRM na poupança de dinheiro na consulta médica [Anexo 9 – Tabela 9e].

O tempo de espera excessivo para obter consulta é um dos motivos pelos quais os consumidores optam pelos MNSRM em vez de visitarem o médico. Existe uma relação de dependência entre esta variável e o estado civil ($p=0.030$) e rendimento familiar dos indivíduos ($p=0.015$).

Os valores significativos são observáveis nos indivíduos divorciados [Anexo 9 – Tabela 9f] e nos que têm rendimentos entre os 501-900€ [Anexo 9 – Tabela 9g], estatística e significativamente diferentes e inferiores aos observados nas pessoas solteiras e/ou casadas e nas pessoas cujos rendimentos ultrapassam os 1500€, o que demonstra que, dentro da associação já testada entre as duas variáveis, são as pessoas divorciadas e as que auferem os rendimentos mais baixos quem mais importância dá ao tempo de espera excessivo para obter consulta justificando assim o consumo de MNSRM. Existe ainda uma relação inversa face aos inquiridos casados e/ou em união de facto, que parecem ser os que menos relevância dão a esta questão.

Por último, o comodismo na toma de MNSRM em relação a uma consulta médica aparece associado à variável género ($p=0.036$). Os valores significativos são observados nos homens, significativamente diferentes dos observados nas mulheres, sendo o sexo masculino o que mais justifica o comodismo no consumo de MNSRM em detrimento da consulta médica [Anexo 9 – Tabela 9h].

4.4.2. Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Classe Terapêutica

Analgésicos/antipiréticos (93,2%); anti-inflamatórios (80,3%); formulações tópicas (61,5%) e anti-histamínicos/anti-alérgicos (47,9%) são os grupos terapêuticos mais consumidos pelos inquiridos, tal como no estudo de Nascimento *et al.* (2014) que avalia a prevalência da automedicação na população adulta, mais concretamente nos utentes do centro de saúde de Bragança. Alerta para os anti-histamínicos e anti-alérgicos que parecem ser francamente menos consumidos em Bragança face ao Grande Porto (de 47,9% para 3,7%, respetivamente). Também nos descongestionantes das vias respiratórias a diferença é notória, com um consumo em muito superior no litoral (Porto, face a Bragança), com 32,3% e 4,53%, respetivamente [Anexo 10] (Figura 6).

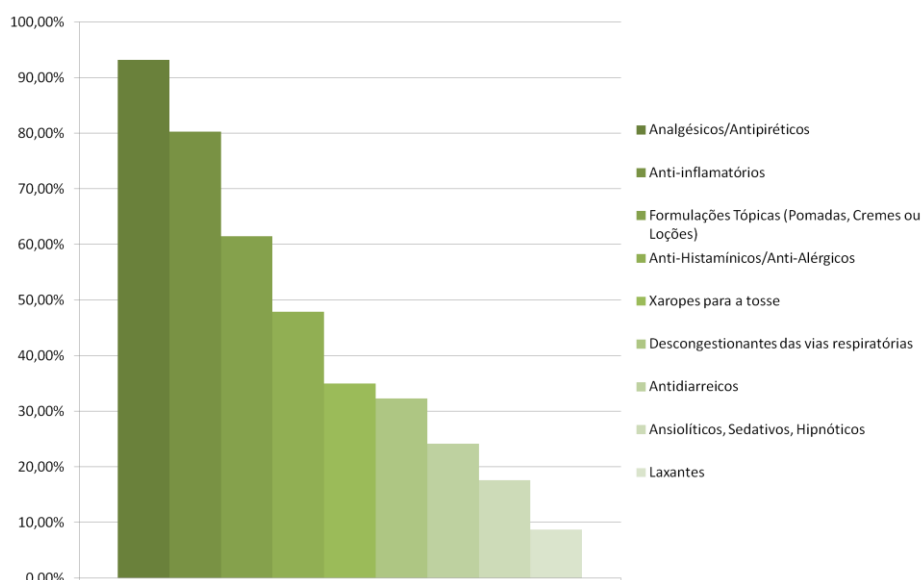


Figura 6 - Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Classe Terapêutica

Fonte: Elaboração própria com base em Output SPSS

Por último, de destacar que as classes terapêuticas menos consumidas no Grande Porto são os laxantes (8,7%), os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (17,6%) e os antidiarreicos (24,2%), seguidos de descongestionantes das vias respiratórias (32,3%) e xaropes para a tosse (35%).

O consumo dos grupos terapêuticos foi cruzado com as variáveis descritivas sociodemográficas no sentido de averiguar a existência de associação entre estas. Assim, o consumo de analgésicos/antipiréticos – os fármacos dentro da categoria de MNSRM mais vendidos (Infarmed, 2016) e consumidos –, tem uma associação ao género ($p=0.001$), sendo as mulheres as que mais consomem este tipo de medicamentos [Anexo 10 – Tabela 10a].

Por outro lado, o consumo de anti-inflamatórios parece também estar associado a fatores como a idade ($p=0.002$) ou o estado civil ($p=0.029$). Os valores significativos são observáveis no grupo mais jovem, dos 20-24, e também para os solteiros [Anexo 10 – Tabela 10b e Tabela 10c, respetivamente]

O consumo de Anti-Histamínicos/Anti-Alérgicos tem uma associação às habilitações académicas dos indivíduos ($p=0.035$); já o consumo de laxantes parece relacionado com os fatores idade ($p=0.018$) e estado civil ($p=0.006$). No primeiro caso, e ainda que de forma não muito expressiva, os valores significativos localizam-se nos indivíduos com grau académico de mestrado, diferentes dos observados nos indivíduos com os restantes graus, nomeadamente doutoramento, que apresentam uma relação inversa [Anexo 10 – Tabela 10d].

Ainda que o consumo de laxantes seja reduzido dentro da amostra, os resultados da faixa etária entre os 45-54 anos e dos indivíduos divorciados são estatisticamente diferentes dos observados nas demais idades, nomeadamente na faixa etária dos 20-24, onde se verifica uma situação inversa e menor. Assim, são os indivíduos dos 45-54 anos e os divorciados quem mais parece consumir ou já ter consumido este tipo de MNSRM [Anexo 10 – Tabela 10e e Tabela 10f, respetivamente].

Por último, também o consumo de Formulações Tópicas está associado ao género do consumidor ($p=0.000$). Os valores significativos são observados nas mulheres, sendo o sexo feminino quem mais utiliza formulações tópicas enquanto grupos terapêuticos de MNSRM [Anexo 10 – Tabela 10g].

Para a questão 8, que pretendia avaliar as classes terapêuticas que os inquiridos consumiam/haviam consumido, foi criada uma variável contínua sob a forma “*Soma*”,

que permitisse, para cada indivíduo, contabilizar o total de grupos farmacoterapêuticos frequentemente consumidos ou já consumidos no passado. Assim, temos uma média de 4 tipos de MNSRM por cada indivíduo, num total de 9 grupos disponíveis.

Através de uma correlação bivariada – que, em si, não atesta a existência de associações causais, apenas se uma relação existe (Horn, 1993) – é possível constatar que os fatores de marketing e a toma de mais ou menos MNSRM não estão relacionados ($\rho=0.337$). O facto de se consumir mais ou menos medicamentos não está associado à idade ($\rho=0.060$), mas são verificadas diferenças significativas entre géneros em função do número total de medicamentos diferentes consumidos ($t(627) = 2.33, \rho=0.020$), verificando-se que as mulheres consomem uma maior diversidade e número acumulado de medicamentos ($M = 4,10, DP = 1,68$) comparativamente aos homens ($M = 3.74, DP = 1.81$).

Também no que respeita ao estado civil ($\rho=0.098$), habilitações académicas ($\rho=0.568$) ou rendimentos mensais ($\rho=0.927$) não parecem verificar-se diferenças significativas entre os grupos. O mesmo já não acontece no caso da situação profissional ($\rho=0.012$), no qual surgem diferenças gerais na quantidade consumida em função de cada grupo. Todavia, o *Post Hoc* com teste Scheffé não sinaliza essa diferença; já aplicando o Teste Gabriel, é conclusivo existir uma diferença significativa entre empregado e desempregado, registando-se um maior consumo para o segundo (4.63) em relação ao primeiro (3.75). Martins (2011) defende o uso deste Teste quando não se verifica igual número de participantes entre os grupos.

Foi testada a associação entre o total de medicamentos consumidos e a perceção do estado de saúde, também ela variável independente neste estudo; no entanto, não existe qualquer relação de dependência entre as duas, já que $\rho=0.547$.

Por último, aferiu-se ainda a associação entre a toma de medicamentos (consumo acumulado) e a frequência de consumo, havendo uma clara dependência entre as variáveis $\rho=0.00$. Observada essa associação, é perceptível que à medida que o número de medicamentos acumulados vai subindo (mínimo 1 e máximo 9), vai também aumentando a frequência do consumo de MNSRM, sendo a principal associação feita

entre os indivíduos que alegaram ter já consumido todas os grupos farmacoterapêuticos apresentados – 9 – e a “Muita Frequência” no consumo (4,4 no teste *Post Hoc*).

4.4.3. Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Local

A esmagadora maioria destes medicamentos – destas ou outras classes terapêuticas – são adquiridos nas farmácias (69%), apenas 2% nas parafarmácias exclusivamente, e 28,8% nos dois locais, dependendo da proximidade de cada estabelecimento (Tabela 17). Estas conclusões vão ao encontro de dados recentemente divulgados (Margato, 2016), que dão conta que os MNSRM são adquiridos em 80% nas farmácias e 20% nas parafarmácias. Em Portugal, um quinto destes medicamentos já é vendido fora das farmácias, nos mais de 1121 estabelecimentos de venda livre (dados de julho de 2016), que não parecem parar de aumentar 10 anos passados da sua aprovação.

Tabela 17 - Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por local

Quando adquire um medicamento não sujeito a receita médica fá-lo...					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Numa Farmácia	434	69,0	69,0	69,0
	Numa Parafarmácia (ex: em grandes superfícies)	12	1,9	1,9	70,9
	Nos dois locais, dependendo da proximidade de cada estabelecimento	181	28,8	28,8	99,7
	Nunca compro Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica	2	,3	,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Aquando da toma de um medicamento não sujeito a receita médica, a maioria dos inquiridos não se encontrava a tomar outro medicamento prescrito (80%), não tendo surgido reações ou complicações em 99% dos casos. Quase 68% dos consumidores não informaram o médico da toma desse medicamento, tal como observado no estudo de Shohel *et al.* (2013) e mais de 60% pediu aconselhamento ao farmacêutico e/ou técnico de farmácia, corroborando teses como Fernandes *et al.* (2010) ou Gray *et al.* (2011) que

dão conta de uma grande confiança depositada nestes profissionais. Efetivamente, são as mulheres recorrem e confiam mais nesta ajuda, havendo uma associação entre as variáveis ($p=0.00$) [Anexo 11 – Tabela 11a]. Existe ainda associação ao rendimento, sendo que as pessoas cujos rendimentos se concentram nos 251-900€ parecem atender mais à opinião do profissional de saúde, numa relação inversa às pessoas com maiores rendimentos ($>1501€$), que procuram menos essa recomendação.

De acordo com estes resultados, a literacia em saúde da população do Grande Porto parece elevada, considerando que 88% dos inquiridos tinha conhecimento dos riscos e/ou efeitos secundários inerentes aos MNSRM. Já no estudo comparativo de Nascimento *et al.* (2010), apenas 23% revela ter cuidado e conhecimento das interações medicamentosas e dos riscos inerentes, sendo que os restantes se mostram despreocupados com eventuais incompatibilidades entre medicamentos. Se considerarmos as habilitações académicas dos indivíduos, concluímos que o pedido de aconselhamento ao profissional de farmácia e conhecimento dos riscos inerentes à toma de um MNSRM parecem similares entre indivíduos com diferentes formações, não se observando diferenças significativas. Não obstante, o cuidado na informação ao médico de família do medicamento tomado vai aumentando à medida que aumentam as habilitações dos indivíduos, com 25% dos inquiridos com o ensino secundário a informar face aos 57,1% dos indivíduos com doutoramento [Anexo 11 – Tabela 11b].

Por último, de ressaltar que quase 90% dos inquiridos recomendaria a marca ou produto a terceiros. No entanto, deve referir-se que à medida que as habilitações académicas aumentam, a predisposição para recomendar um produto ou marca vai diminuindo ligeiramente, de 94,1% em indivíduos com o ensino secundário para 75% em indivíduos com o doutoramento [Anexo 11 – Tabela 11c] (Figura 7).

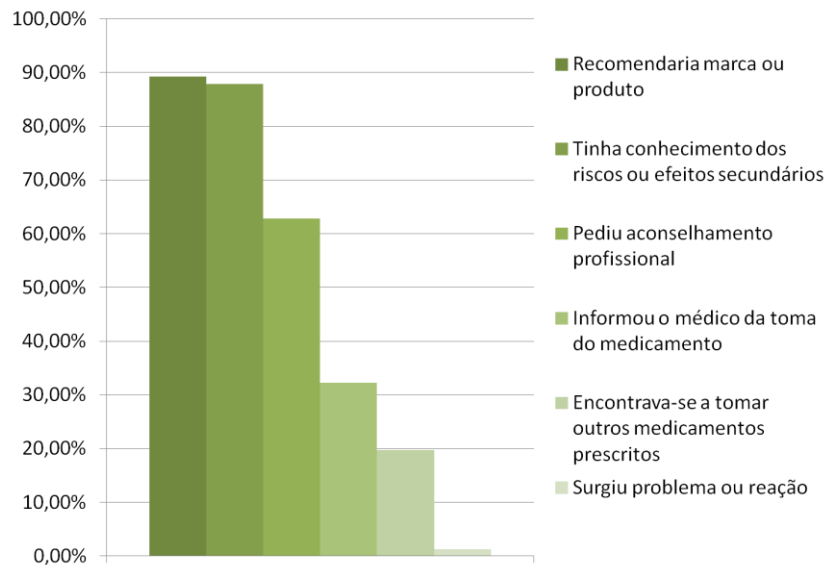


Figura 7 - Situação de toma de um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

Fonte: Elaboração própria com base em Output SPSS

4.5. Atitude face a Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e à sua compra

No momento de aquisição de um MNSRM, o hábito uso anterior satisfatório (61,7%), a confiança na marca ou produto (44,7%) e a recomendação do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia (43,4%) são os fatores de maior influência (“Muita Influência”).

De seguida, e com alguma influência, surgem opinião de amigos e familiares (36,9%) ao lado do fator preço (34,3%), e um pouco menos relevante, da disponibilidade ou *stock* da farmácia (24,6%) e da confiança no laboratório (23,8%). Curiosamente, a disposição do produto na farmácia (64,7%), a embalagem e o rótulo do produto (63,9%), a publicidade do produto (50,7%) e as promoções associadas (47,5%), não têm nenhuma influência na decisão de compra dos consumidores, na hora de adquirir um MNSRM [Anexo 12]. Estes dados vêm contrariar em parte alguns estudos internacionais, que concluíram que existe persuasão pelos meios de comunicação (Vítor *et al.*, 2008), sendo a publicidade e as marcas mais reconhecidas uma clara influência (Hanna e Hughes, 2011; Gray *et al.*, 2011). No entanto, corrobora estudos que indicam que tanto a tradição (Fernandes *et al.*, 2010), como a experiência direta e satisfatória com o produto, são fatores determinantes na compra e predisposição do consumidor para a recompra (Shohel *et al.*, 2013).

As variáveis anteriormente apresentadas para descrever a influência de fatores externos na compra e consumo de MNSRM (Questão 10 do inquérito), foram definidas com base na revisão da literatura e na consulta de estudos internacionais já apresentados. No entanto, e como se trata de um número considerável de fatores explicativos, foi aplicada, tal como explicado anteriormente, a Análise de Componentes Principais.

O teste gráfico de Cattell (*scree plot*) demonstrou a possibilidade de retenção de dois a quatro fatores, não havendo, por isso, unidimensionalidade. Definiu-se como critério a retenção de itens com pesos ou cargas fatoriais ≥ 50 e as três soluções foram testadas optando-se pela de 2 fatores por esta solução ser mais interpretável e conceptualmente coerente. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin indicou a adequação da amostra para a análise, KMO = 0.755, apresentando um valor médio-bom, superior ao limite mínimo aceitável de .50 (Field, 2009). O teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2(55) = 1607.14$, $p < 0.00$, indicou a existência de correlações significativas entre variáveis viabilizando a realização da Análise Fatorial Exploratória.

Tabela 18 - Estrutura fatorial de Fatores Influenciadores da Compra de MNSRM

Itens/Subdimensões	h^2	D1	D2
Disposição do produto na loja	.62	.79	
Embalagem ou rótulo do produto	.61	.78	
Promoções associadas	.60	.78	
Publicidade do produto (Ex: TV)	.55	.72	
Disponibilidade ou <i>stock</i> na farmácia	.32	.56	
Preço			
Confiança no Laboratório			
Confiança na Marca ou Produto	.51		.71
Hábito ou uso anterior satisfatório	.49		.69
Recomendação do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia	.29		.52
Opinião de amigos e familiares	.36		.52
Valores próprios		3.064	1.759
% da Variância		27.9%	15.9%
α		.78	.53

Fonte: Elaboração Própria com base em Outputs SPSS

Como observável na Tabela 18, os dois fatores explicam na sua totalidade 43,85% da variância. O fator 1, constituído por 5 itens, explica 27,85% da variância comum e a análise do conteúdo dos itens que o integram remetem para *Fatores de Marketing*, tendo sido assim nomeado. O fator 2, composto por quatro itens, explica 15,99% da variância e os seus itens representam os influenciadores externos (pessoas) e intrínsecos ao produto, optando-se por nomear este fator de *Opinião e Experiência*.

Para avaliar a consistência interna calculou-se o *Alfa de Cronbach*. O fator 1 indicou um $\alpha=0.78$; porém, verificou-se que a retirada do item “*Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência de disponibilidade do produto/stock na loja*” permitia a subida do alfa para 0,81, optando-se pela sua retirada.

Já o fator 2, indicou um $\alpha=0.503$, o que, que é considerado estatisticamente inadequado, tendo sido desconsiderado para análise da variância de seguida apresentada. A nova variável *Fatores de Marketing*, cuja influência global atribuída na compra é baixa, foi cruzada com as variáveis independentes (sociodemográficas) no sentido de avaliar diferenças significativas entre grupos.

Após aplicação do Teste T de Amostras Independentes, conclui-se que não existem diferenças significativas entre géneros no que toca à influência destes fatores de marketing na compra ou consumo de MNSRM ($p=0.326$).

Também no caso da idade ($p=0.326$), estado civil ($p=0.594$), habilitações académicas ($p=0.105$), situação profissional ($p=0.195$) ou rendimento mensal do agregado familiar ($p=0.643$) não se verificam diferenças significativas entre os grupos na influência que os *Fatores de Marketing* desempenham no momento da compra, após aplicação do teste ANOVA unidirecional. Foi desenhada uma tabela-resumo da influência atribuída a cada fator apresentado (Tabela 19), destacando-se os mais representativos em termos percentuais para cada questão e as associações verificadas entre as variáveis, com resultado pvalue e do Teste *Post Hoc*.

Tabela 19 - Tabela-resumo das principais influências na compra de um MNSRM

Questão	Frequência	Percentagem Válida	Associação
<i>Quando opta por um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica, qual a influência de...</i>			

Confiança na marca ou produto			
Nenhuma Influência	49	7,8	Habilitações Académicas: Estudante (3.0);p=0.006
Pouca Influência	26	4,1	
Neutro	72	11,4	
Alguma Influência	201	32,0	
Muita Influência	281	44,7	
Preço			
Nenhuma Influência	81	12,9	
Pouca Influência	87	13,8	
Neutro	130	20,7	
Alguma Influência	216	34,3	
Muita Influência	115	18,3	
Confiança no Laboratório			
Nenhuma Influência	132	21,0	
Pouca Influência	92	14,6	
Neutro	185	29,4	
Alguma Influência	150	23,8	
Muita Influência	70	11,1	
Hábito/Uso Anterior Satisfatório			
Nenhuma Influência	12	1,9	Situação Profissional: Empregado (2.7); p=0.029
Pouca Influência	8	1,3	
Neutro	18	2,9	Idade: 55-64 (4.1); p=0.011 Estado Civil: Casado/União de Facto (2.7); p=0.030
Alguma Influência	203	32,3	
Muita Influência	388	61,7	
Opinião de amigos e/ou familiares			
Nenhuma Influência	93	14,8	Idade: 55-64 (3.2); p=0.011
Pouca Influência	79	12,6	
Neutro	160	25,4	
Alguma Influência	232	36,9	
Muita Influência	65	10,3	
Recomendação do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia			

Nenhuma Influência	17	2,7	Idade: 55-64 (4.2); ρ=0.000 Estado Civil: Casado/União de Facto (2.9); ρ=0.017 Habilitações Académicas: Doutoramento (3.9);ρ=0.001 Idade: 45-54 (4.7); ρ=0.000
Pouca Influência	20	3,2	
Neutro	74	11,8	
Alguma Influência	245	39,0	
Muita Influência	273	43,4	
Estado Civil: Solteiro (2.1); ρ=0.017			
Disponibilidade/ Stock da Farmácia			
Nenhuma Influência	151	24,0	
Pouca Influência	106	16,9	
Neutro	170	27,0	
Alguma Influência	155	24,6	
Muita Influência	47	7,5	
Promoções associadas			
Nenhuma Influência	299	47,5	
Pouca Influência	122	19,4	
Neutro	132	21,0	
Alguma Influência	59	9,4	
Muita Influência	17	2,7	
Publicidade do Produto			
Nenhuma Influência	319	50,7	
Pouca Influência	140	22,3	
Neutro	128	20,3	
Alguma Influência	39	6,2	
Muita Influência	3	0,5	
Embalagem do Produto e Rótulo			
Nenhuma Influência	402	63,9	
Pouca Influência	110	17,5	
Neutro	96	15,3	
Alguma Influência	17	2,7	Estado Civil: Solteiro (1.98); ρ=0.004
Muita Influência	4	0,6	
Disposição do produto na farmácia			
Nenhuma Influência	407	64,7	

Pouca Influência	103	16,4
Neutro	91	14,5
Alguma Influência	23	3,7
Muita Influência	5	0,8

Fonte: Elaboração Própria com base em Outputs SPSS

4.5.1. Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas

4.5.1.1. Caso de um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica em promoção

Foi calculado o *Alfa de Cronbach* para as questões 12 a 20, cujo intuito era o de avaliar o grau de concordância face a afirmações relativas à satisfação, confiança e conhecimento face a Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica. Esta é uma medida muito comum e frequentemente utilizada para avaliar a consistência interna de um grupo de variáveis, esperando obter-se uma correlação. Foi, para este grupo de questões, devolvido um alfa muito baixo, pelo que foi feita análise individual para cada questão.

No caso de um MNSRM estar em promoção, apenas 9% dos inquiridos afirma concordar totalmente em optar pelo mais barato. Ainda que sem associação significativa entre as variáveis descritivas e as respostas dadas à questão, é observável que, dos 16% de indivíduos que afirma concordar comprar um MNSRM em promoção, 18% tem rendimentos mensais familiares inferiores a 250€, e cerca de 12% superiores a 1500€, havendo uma predisposição maior por parte das famílias com rendimentos inferiores para optar por medicamentos em promoção.

Assim, quase 30% dos inquiridos afirma discordar totalmente de optar pelo produto mais barato em caso de promoção, e mais de 25% não parece ter uma opinião formada sobre esta questão, tendo optado pela resposta neutra, ou seja, “Não Discordo nem Concordo” [Anexo 13].

Foi traçado, uma vez mais, um quadro-resumo, que expõe, simultaneamente, os resultados absolutos e relativos da concordância face a cada questão, ao mesmo tempo que destaca as associações verificadas entre as questões e as variáveis independentes, ou seja, as variáveis descritivas, com respetiva análise *Post Hoc* (Tabela 20).

Tabela 20 - Tabela-resumo da atitude e opinião face a MNSRM

Questão	Frequência	Percentagem Válida	Associação
Se um MNSRM estiver em Promoção, opto pelo mais barato			
Discordo Totalmente	186	29,6	
Discordo	126	20,0	
Não discordo nem concordo	161	25,6	
Concordo	101	16,1	
Concordo Totalmente	55	8,7	
Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma			
Discordo Totalmente	77	12,2	
Discordo	84	13,4	
Não discordo nem concordo	154	24,5	
Concordo	206	32,8	
Concordo Totalmente	108	17,2	
Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca			
Discordo Totalmente	149	23,7	Habilitações Académicas: Doutoramento (2.4); $p=0.025$ Género: Feminino (2.9); $p=0.007$
Discordo	194	30,8	Habilitações Académicas: Licenciatura (2.8); $p=0.025$
Não discordo nem concordo	165	26,2	
Concordo	91	14,5	Habilitações Académicas: Mestrado (2.3); $p=0.025$ Género: Masculino (2.9); $p=0.007$
Concordo Totalmente	30	4,8	
Confio e sigo as recomendações do farmacêutico/ técnico de farmácia quando compro um MNSRM			
Discordo Totalmente	13	2,1	Habilitações Académicas: Doutoramento (3.3); $p=0.034$
Discordo	26	4,1	Habilitações Académicas: Mestrado (2.1); $p=0.034$
Não discordo nem concordo	110	17,5	
Concordo	281	44,7	
Concordo Totalmente	199	31,6	
Após tomar um MNSRM, fico satisfeito com o alívio dos sintomas			

Discordo Totalmente	2	0,3	Idade: 55-64 (6.6); $p=0.000$ Estado Civil: Casado/União de Facto (3.3); $p=0.015$
Discordo	12	1,9	Idade: 35-44 (2.2); $p=0.000$
Não discordo nem concordo	81	12,9	
Concordo	377	59,9	
Concordo Totalmente	157	25,0	
<hr/>			
Confio nos MNSRM porque são seguros e eficazes			
Discordo Totalmente	11	1,7	Idade: 55-64 (5.4); $p=0.001$
Discordo	38	6,0	
Não discordo nem concordo	170	27,0	
Concordo	328	52,1	
Concordo Totalmente	82	13,0	
<hr/>			
Os MNSRM são tão seguros e eficazes quanto os medicamentos sujeitos a prescrição médica			
Discordo Totalmente	48	7,6	Idade: 55-64 (5.0); $p=0.000$ Habilitações Académicas: Mestrado (2.1); $p=0.025$
Discordo	102	16,2	
Não discordo nem concordo	230	36,6	
Concordo	173	27,5	
Concordo Totalmente	76	12,1	Idade: 45-54 (2.1); $p=0.000$ Habilitações Académicas: Doutoramento (2.7); $p=0.025$ Situação Profissional: Empregado (3.4); $p=0.038$
<hr/>			
Sei que os MNSRM não são isentos de riscos			
Discordo Totalmente	33	5,2	Género: Masculino (3.9); $p=0.002$
Discordo	26	4,1	
Não discordo nem concordo	57	9,1	
Concordo	153	24,3	
Concordo Totalmente	360	57,2	Género: Feminino (2.4); $p=0.002$
<hr/>			
Considero que em problemas menores de saúde a automedicação/consumo de MNSRM é mais simples e eficaz			
Discordo Totalmente	18	2,9	
Discordo	53	8,4	
Não discordo nem concordo	154	24,5	

Concordo	273	43,4
Concordo Totalmente	131	20,8

Fonte: Elaboração Própria com base em Outputs SPSS

4.5.1.2. Fidelidade a uma marca de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Do estudo realizado, pode concluir-se que metade dos inquiridos concorda parcial ou totalmente comprar sempre a mesma marca de uma dada categoria de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, mostrando-se-lhe fiel. Uma percentagem considerável (cerca ¼ inquiridos) mostra uma vez mais uma posição neutra/ausência de opinião face à fidelidade a um MNSRM. Se analisarmos por faixa etária, dos 17% de inquiridos que concorda totalmente ser fiel a uma marca comprando sempre a mesma, 57,1% tem entre 55 e 64 anos [Anexo 14].

4.5.1.3. Opinião face à diferença ou igualdade de MNSRM, independentemente da marca

Quase 55% dos inquiridos diz discordar total e/ou parcialmente de que todos os MNSRM são iguais, independentemente da marca, reconhecendo-lhes diferenças. Cerca de 20% concorda parcial ou totalmente com a afirmação, sendo que mais de 25% dos inquiridos não discorda nem concorda, abstendo-se de opinar.

Cruzando esta questão com as habilitações académicas é observável uma associação ($p=0.025$). Os inquiridos com grau de doutoramento têm mais predisposição a discordar parcial e totalmente de que os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica são todos iguais na mesma categoria de produto independentemente da marca, reconhecendo-lhes diferenças. Já os indivíduos com mestrado parecem concordar [Anexo 15].

4.5.1.4. Confiança no Farmacêutico e/ou Técnico de Farmácia e nas suas recomendações

A confiança no Farmacêutico ou Técnico de Farmácia é notória, considerando que 70% dos inquiridos disseram concordar e/ou concordar totalmente seguir e confiar nas suas recomendações enquanto profissionais de saúde [Anexo 16]. Estes resultados estão em linha com os observados na literatura, que nos diz haver uma grande confiança e recurso aos conselhos destes profissionais de saúde (Fernandes *et al.*, 2010; Gray, 2011).

4.5.1.5. Confiança, conhecimento e satisfação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e seus efeitos

Mais de 85% dos inquiridos reconhece qualidade aos MNSRM, dado concordar parcial e/ou totalmente ficar totalmente satisfeito com o alívio dos sintomas após tomar um, independentemente da classe terapêutica [Anexo 17].

Destes, quase 65% concorda parcial ou totalmente com a ideia de que estes medicamentos são seguros e eficazes, confiando neles. No entanto, quase 30% não parece ter opinião informada e/ou formada sobre a segurança e eficácia dos MNSRM [Anexo 18].

Esta dúvida torna-se maior quando comparamos a eficácia e segurança de MNSRM face a medicamentos prescritos. 23% diz discordar desta afirmação, concedendo maior segurança e eficácia aos medicamentos prescritos pelo médico. Cerca de 35% dos inquiridos parece concordar que tanto os medicamentos sujeitos a receita médica como os não sujeitos são igualmente seguros e eficazes [Anexo 19].

Apesar de não duvidarem da sua eficácia e segurança, quase 80% dos inquiridos afirma ter conhecimento de que este tipo de medicamentos – independentemente da classificação quanto à prescrição – não é isento de risco. Apenas 10% parece discordar, reconhecendo total segurança a este tipo de medicamentos [Anexo 20]. No geral, a automedicação *per si* e os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica parecem ser uma solução a considerar em problemas menores de saúde. Cerca de 64% dos inquiridos concorda que em casos pouco graves o consumo de MNSRM é a solução mais segura e eficaz. No entanto, quase 12% parece discordar total e/ou parcialmente, enquanto, uma vez mais, cerca de ¼ parece ter uma opinião pouco formada [Anexo 21].

5. Estudo das Hipóteses de Investigação

No sentido de dar resposta às hipóteses de investigação, foram traçados testes paramétricos para comparar grupos e a sua relação de dependência e associação. Ainda que, após traçar o teste *Kolmogorov-Smirnov*, que avalia a distribuição da amostra, se tenha concluído não existir uma distribuição normal dos dados, seguiu-se a premissa de que $N=629$, um número em muito superior ao estabelecido para utilização deste tipo de testes. Foi aplicado o Teste T-Student na comparação de dois grupos, o teste ANOVA para comparar três ou mais grupos, como idade, habilitações literárias, rendimento mensal do agregado familiar e/ou situação profissional e o Teste Qui-Quadrado (χ) para avaliar a associação entre variáveis.

Uma vez mais, constata-se que a regra de decisão baseia-se na rejeição da hipótese nula quando $p\text{-value} < 0.05$, ou seja, o nível de significância de 5% – utilizado em inferência estatística – inferindo-se assim existir diferenças entre grupos avaliados.

Para cada Hipótese de Investigação teórica, que resultam da revisão da literatura da área, são apresentadas as hipóteses estatísticas para cada teste, concretamente a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa (H_1). As primeiras, tratam-se de hipóteses “teóricas que determinarão o foco da investigação (...), as variáveis a estudar e qual a relação esperada entre as mesmas.” (Martins, 2011, p.93). Já as segundas “surgem na fase de análise os dados recolhidos (...), são associadas aos próprios testes de inferência estatística e estão envolvidas no processo de tomada de decisão perante o resultado obtido em testes estatísticos” (*ibidem*).

5.1. Teste à Hipótese de Investigação 1 – H_1

H_1 : A frequência da automedicação/consumo de MNSRM é igual entre os sexos

H_0 : A média da frequência da automedicação/consumo de MNSRM é igual entre os sexos

H_1 : A média da frequência da automedicação/consumo de MNSRM é diferente entre os sexos

Tabela 21 - Teste T-Student para Amostras Independentes: H1 - Género e Frequência de Consumo – Estatísticas de Grupo

Estatísticas de grupo					
	Género	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Com que frequência se automedica?	Feminino	466	2,193	,9465	,0438
	Masculino	163	2,123	1,0760	,0843

Fonte: Output SPSS

A Tabela 21 apresenta medidas descritivas relativas à variável dependente (frequência de consumo) para cada um dos grupos independentes (género: feminino e masculino).

Assim, o grupo de inquiridos do sexo feminino é constituído por 466 indivíduos, cuja média e desvio-padrão face à frequência de consumo de MNSRM é de ± 2.2 e ± 0.95 , respetivamente. Por seu turno, o grupo de inquiridos do sexo masculino é constituído por 163 indivíduos, cuja média e desvio-padrão face à frequência de consumo de MNSRM é de $\pm 2,12$ e $\pm 1,07$, respetivamente. A partir dos dados apresentados, e ainda que com uma diferença baixa, podemos ver que são as mulheres que apresentam uma maior frequência no consumo de MNSRM. Para comprovar se esta diferença é estatisticamente significativa, devem ser considerados os dados da Tabela 22.

Tabela 22 - Teste T-Student para Amostras Independentes: H1 - Género e Frequência de Consumo

Teste de amostras independentes										
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Com que frequência se automedica?	Variâncias iguais assumidas	1,976	,160	,788	627	,431	,0704	,0893	-,1050	,2458
	Variâncias iguais não assumidas			,741	255,068	,459	,0704	,0950	-,1167	,2575

Fonte: Output SPSS

Perante este valor da probabilidade ($p=0,431$, superior 0.05), conclui-se que não estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos comparados. Aceita-se então a hipótese nula, que nos diz não existirem diferenças entre o género no que respeita à frequência de consumo. No entanto, é possível verificar que a média de frequência de consumo por parte das mulheres é ligeiramente superior à verificada e/ou relatada pelos homens.

Assim, aceitamos a Hipótese H1 do estudo, colocada com base no estudo de Nascimento *et al.*, (2014) que sugeria que a frequência da automedicação/consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica era igual entre os sexos feminino e masculino.

Esta constatação vem contrariar alguns estudos, nomeadamente nacionais (Quintal *et al.*, 2015) e internacionais (Daban *et al.*, 2010), que concluíram que existe diferença entre os sexos no que respeita à automedicação, já que as mulheres consumiam mais medicamentos não sujeitos a receita médica do que os homens.

5.2. Teste à Hipótese de Investigação 2 – H2

H2: Não existem diferenças entre as médias das idades no que diz respeito à frequência da automedicação.

H0: As médias dos grupos de idades são iguais

H1: As médias dos grupos de idades são diferentes

Traçando teste ANOVA, é perceptível que $pvalue < \alpha$ ($0.015 < 0.05$), rejeitando-se a hipótese nula e concluindo-se, então, que as médias dos grupos de idades são diferentes face à frequência de consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica. Desta forma, a Hipótese de Investigação 2, que sugeria a inexistência de diferenças entre as médias das idades no que respeita à automedicação é rejeitada/recusada. Aplicando o Teste Qui-Quadrado, para avaliar a associação entre as duas variáveis, conseguimos perceber que a idade e a frequência da automedicação/consumo de MNSRM são variáveis dependentes (Tabela 24).

Tabela 23 - Teste ANOVA: H2 - Idade e Frequência de Consumo – Descritivos

Com que frequência se automedica?								
	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
20-24	349	2,241	,9586	,0513	2,140	2,342	1,0	5,0
25-34	204	2,118	1,0343	,0724	1,975	2,260	1,0	6,0
35-44	51	2,216	1,0642	,1490	1,916	2,515	1,0	5,0
45-54	18	2,056	,8726	,2057	1,622	2,489	1,0	4,0
55-64	7	1,000	,0000	,0000	1,000	1,000	1,0	1,0
Total	629	2,180	,9926	,0396	2,102	2,257	1,0	6,0

Fonte: Output SPSS

Tabela 24 - Teste ANOVA: H2 - Idade e Frequência de Consumo

ANOVA					
Com que frequência se automedica?					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	12,169	4	3,042	3,130	,015
Nos grupos	606,531	624	,972		
Total	618,700	628			

Fonte: Output SPSS

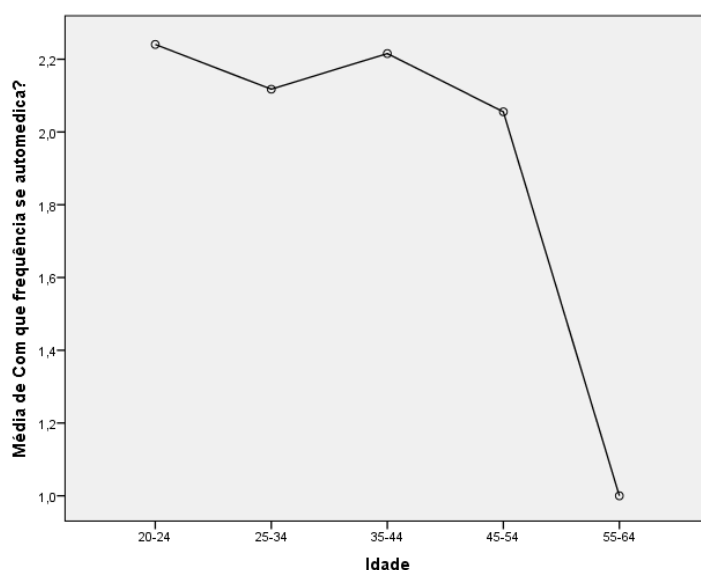


Figura 8 - Representação Gráfica da Frequência de Consumo de MNSRM por idades

Fonte: Output SPSS

Tabela 25 - Teste Qui-Quadrado: H2 – Avaliação da Independência de Idade e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	26,531 ^a	16	,047
Razão de verossimilhança	26,756	16	,044
Associação Linear por Linear	5,830	1	,016
N de Casos Válidos	629		

a. 11 células (44,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,16.

Fonte: Output SPSS

Aplicado o Teste *Post-Hoc* na existência de associação significativa entre as variáveis, avaliando diferenças entre grupos ao valor de <1.96 como estatisticamente significativos, é possível concluir que os intervalos de idade dos 20-24 e dos 55-64 anos apresentam resultados estatística e significativamente diferentes dos restantes na automedicação com “Alguma Frequência” e “Raramente”, respetivamente, o que mostra que, dentro da associação já testada entre as duas variáveis, são as faixas etárias mais avançadas quem menos se automedica, e a faixa etária mais jovem quem consome MNSRM com alguma frequência [Anexo 22].

Esta observação, de que existem diferenças entre as idades no que respeita à automedicação/consumo de MNSRM corrobora o estudo de Daban *et al.* (2010), que mostra que o consumo de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica aumenta com a idade, numa relação inversa aos MNSRM, cujo consumo diminui com a idade. Isto é, pessoas mais jovens têm tendência a consumir mais MNSRM do que as faixas etárias mais avançadas, sendo que o consumo de MNSRM diminui com a idade em proporção inversa aos MSRM, que cujo consumo aumenta com a idade. No entanto, o estudo de Cho e Lee (2013) indica que o grupo de automedicação é mais velho e está associado à existência de doença crónica.

5.3. Testes às Hipóteses de Investigação 3 – H3a | H3b | H3c | H3d

Para avaliar a associação entre as variáveis frequência da automedicação, descrita com base a uma escala de *Likert* onde 1=Raramente e 5=Muita Frequência, e as variáveis explicativas sociodemográficas procedeu-se à aplicação do Teste Qui-Quadrado e, aquando da associação ou relação de dependência estatisticamente significativa, foi testado o *Post-Hoc* para identificar os grupos onde existem diferenças. Estes testes foram já apresentados aquando da classificação da frequência da automedicação face às variáveis descritivas, sendo que aqui estão apenas replicados os resultados e as conclusões finais.

O Teste Qui-Quadrado é um tipo de teste de associação que testa a independência entre duas variáveis nominais – ou uma nominal e outra ordinal –, averiguando a existência, ou não, de uma associação entre elas (Martins, 2011).

H3a: Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e o estado civil

H0: Não há associação entre as variáveis

H1: Há associação entre as variáveis

Traçando o Teste Qui-Quadrado (Tabela 26), é perceptível que $p\text{-value} > \alpha$ ($0.650 > 0.05$), não se rejeitando *H0*, que diz não haver associação entre as variáveis, aceitando-se, assim, a hipótese alternativa. Não existe, dessa forma, relação ou associação significativa entre a Frequência de Consumo de MNSRM e o estado civil, pelo que a Hipótese de Investigação H3a deve ser rejeitada.

Tabela 26 - Teste Qui-Quadrado: H3a – Avaliação da Independência de Estado Civil e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	7,607 ^a	8	,473
Razão de verossimilhança	7,629	8	,471
Associação Linear por Linear	,049	1	,825
N de Casos Válidos	629		

Fonte: Output SPSS

H3b: Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e as habilitações académicas

H0: Não há associação entre as variáveis

H1: Há associação entre as variáveis

No mesmo sentido, também as variáveis frequência da automedicação e habilitações académicas parecem não ter qualquer associação entre elas, já que $p\text{value} > \alpha$ ($0.843 > 0.05$) (Tabela 27), não se rejeitando, por isso, *H0*. Assim, a Hipótese de Investigação H3b, que sugeria existir associação entre a frequência da automedicação e as habilitações académicas, deve ser rejeitada.

Tabela 27 - Teste Qui-Quadrado: H3b – Avaliação da Independência de Habilitações Académicas e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	7,217 ^a	12	,843
Razão de verossimilhança	7,261	12	,840
Associação Linear por Linear	,140	1	,708
N de Casos Válidos	629		

a. 5 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,62.

Fonte: Output SPSS

H3c: Não existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e a situação profissional

H0: Não há associação entre as variáveis

H1: Há associação entre as variáveis

A situação profissional, avaliada em 5 categorias possíveis – Estudante; Trabalhador Estudante; Empregado; Desempregado e Reformado – não está associada à frequência da automedicação, não existindo uma relação de dependência entre as duas, já que $p\text{value} > \alpha$ ($0.098 > 0.05$). Assim, aceita-se tanto *H0* como a Hipótese de Investigação H3c, que sugere a inexistência de associação entre as duas variáveis (Tabela 28).

Tabela 28 - Teste Qui-Quadrado: H3c – Avaliação da Independência de Situação Profissional e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	18,624 ^a	12	,098
Razão de verossimilhança	20,218	12	,063
Associação Linear por Linear	3,019	1	,082
N de Casos Válidos	629		

a. 4 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,60.
Fonte: Output SPSS

H3d: Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e o rendimento mensal do agregado familiar

H0: Não há associação entre as variáveis

H1: Há associação entre as variáveis

O rendimento mensal do agregado familiar, avaliado em 5 intervalos possíveis (<250€; 201-500€; 501-900€; 901-1500€; >1501€), é independente da frequência de consumo de MNSRM, não havendo uma relação de dependência entre as variáveis (Tabela 29). Assim, e dado que $p\text{-value} > \alpha$ ($0.238 > 0.05$), aceita-se H_0 , e rejeita-se a Hipótese de Investigação H3d, aferindo-se a inexistência de associação entre estas duas variáveis.

Tabela 29 - Teste Qui-Quadrado: H3d – Avaliação da Independência de Rendimento Mensal do Agregado Familiar e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	19,614 ^a	16	,238
Razão de verossimilhança	17,001	16	,386
Associação Linear por Linear	1,227	1	,268
N de Casos Válidos	629		

a. 9 células (36,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,36.
Fonte: Output SPSS

5.4. Teste à Hipótese de Investigação 4 – H4

H4: Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e a percepção do estado de saúde

H0: Não há associação entre as variáveis

H1: Há associação entre as variáveis

A percepção do estado de saúde foi avaliada em função da questão 7. “Considero que a minha saúde é...”, com as seguintes possibilidades de resposta: Muito Má; Má; Razoável; Boa; Muito Boa. Cruzando com a frequência da automedicação ao considerar a revisão da literatura, é perceptível que existe uma relação entre as duas variáveis, já que $p\text{-value} < \alpha$ ($0.026 < 0.05$) (Tabela 30). Desta forma, H_0 deverá ser rejeitado e a Hipótese de Investigação 4, que sugere uma associação entre a frequência no consumo de MNSRM e a percepção do estado de saúde, deve ser aceite.

Tabela 30 - Teste Qui-Quadrado: H4 – Avaliação da Independência de Percepção do Estado de Saúde e Frequência da Automedicação/consumo de MNSRM

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	28,651 ^a	16	,026
Razão de verossimilhança	21,462	16	,161
Associação Linear por Linear	8,051	1	,005
N de Casos Válidos	629		

a. 12 células (48,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,07.
Fonte: Output SPSS

Aplicado o Teste *Post-Hoc* na existência de associação significativa entre as variáveis, é possível concluir que os resultados da percepção de saúde “Muito Má” com “Muita Frequência no Consumo” (3.7) e de “Muito Boa” (2.4) com “Raramente” são estatística e significativamente diferentes dos restantes o que mostra que, dentro da associação já testada entre as duas variáveis, são as pessoas que consideram a sua saúde “Muito Boa” quem menos frequentemente consome MNSRM (raramente), numa relação inversa às pessoas que consideram a sua saúde “Muito Má”, e que, por isso, demonstram um consumo com “Muita Frequência” deste tipo de medicamentos [Anexo 23].

Esta observação vem corroborar o estudo de Turek e Owczarek (2014), que, ao lado de outros fatores como o sexo, idade, os rendimentos, o número de crianças em casa, ou o comportamento em caso de dor, aponta a autoavaliação do estado de saúde como um determinante na toma de MNSRM, nomeadamente de analgésicos e/ou anti-inflamatórios.

5.5. Teste à Hipótese de Investigação 5 – H5

H5: A aquisição de MNSRM é feita maioritariamente na farmácia

Por não se tratar de uma hipótese que careça de validação através de testes de hipóteses, nomeadamente de diferenças ou de associação, a H5 foi testada pela descrição estatística simples, tendo sido traçada pelo enorme diferencial observado e documentado da aquisição de MNSRM em farmácia em relação à parafarmácia.

A questão 9 do inquérito por questionário questionava qual o local de aquisição de MNSRM, tendo como possibilidade de resposta “Numa Farmácia”; “Numa Parafarmácia”; “Nos dois locais, dependendo da proximidade”, limitando apenas uma opção. De acordo com os dados já apresentados e com a Tabela 18, é perceptível que quase 70% dos inquiridos obtêm os seus medicamentos não prescritos nas farmácias, mais de 28% em farmácias ou parafarmácias, dependendo da proximidade de cada estabelecimento e apenas 1.9% em LVMNSRM.

Assim é possível confirmar a Hipótese de Investigação 5, que propõe que a compra de MNSRM é feita maioritariamente na farmácia. Este dado vai ao encontro das notícias portuguesas, que dão conta de que apenas 20% dos MNSRM são adquiridos nas Parafarmácias ou LVMNSRM.

Como desfecho, temos 4 hipóteses de investigação aceites e 4 recusadas. Tendo as quatro sido adaptadas da literatura, afigura-se necessário discuti-las. A Tabela 31 resume o resultado de cada hipótese de investigação.

A Hipótese 1 sugeria que a diferença de consumo era similar entre os géneros (Nascimento *et al.*, 2014). Ainda que outros estudos já apresentados assumam um maior consumo de MNSRM por parte da mulher, optou-se por seguir a orientação de um estudo no contexto português. Apesar de o consumo ser, em termos absolutos, maior no sexo feminino, a hipótese ficou confirmada pela inexistência de diferenças significativas. Já a Hipótese 2, também original de Nascimento *et al.* (2014), foi adaptada por sugerir, inicialmente diferenças nas medianas de idades, tendo-se adaptado para médias devido à dimensão da amostra. Efetivamente foram registadas diferenças significativas do consumo entre cada grupo de idades, corroborando estudos como

Quintal *et al.* (2015), mas refutando outros como Daban *et al.* (2010) ou Cho e Lee (2013) que sugerem que os mais jovens, nomeadamente em idade escolar, consomem mais medicamentos prescritos.

Quanto às Hipóteses H3a, H3b, que foram retiradas do estudo de Quintal *et al.* (2015), que sugeria que as mulheres casadas, e com rendimentos e escolaridade mais elevados consumiam mais MNSRM, foram recusadas, tendo-se concluído a não associação entre as variáveis. Apenas a H3c foi aceite. Também a H3d (Aoyama, 2012) que sugeria uma associação entre o consumo e os rendimentos – mais elevados – foi rejeitada.

Já a Hipótese 4, que sugeria associação entre a perceção do estado de saúde – má – e o consumo de MNSRM – significativo – foi aceite (Turek e Owczarek, 2014), tendo-se verificado essa associação entre os indivíduos que percecionavam a sua saúde como “Muito Má” e o consumo de MNSRM com “Muita Frequência”.

Por último, a Hipótese 5, definida com base na análise do mercado farmacêutico que dá conta de um maior acesso às farmácias em detrimento das parafarmácias para aquisição de um MNSRM por parte dos consumidores portugueses, foi aceite.

Tabela 31 - Resultados das Hipóteses de Investigação

Hipóteses	Formulação	Resultado
H1	A frequência da automedicação/consumo de MNSRM é igual entre os sexos.	Confirmada/Aceite
H2	Não existem diferenças entre as médias das idades no que diz respeito à frequência da automedicação/consumo de MNSRM.	Recusada/Rejeitada
H3a	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e o estado civil.	Recusada/Rejeitada
H3b	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e as habilitações académicas.	Recusada/Rejeitada
H3c	Não existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e a situação profissional.	Confirmada/Aceite
H3d	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e o rendimento mensal.	Recusada/Rejeitada
H4	Existe associação entre a frequência da automedicação/consumo de MNSRM e a perceção do estado de saúde	Confirmada/Aceite
H5	A aquisição de MNSRM é feita na farmácia	Confirmada/Aceite

6. Discussão dos Resultados

No presente capítulo, proceder-se-á à discussão dos resultados da investigação, cruzando-os com os resultados de investigações já expostas e disponíveis na literatura, concedendo-se, ainda, resposta, à Questão de Investigação Central e secundárias.

Do inquérito por questionário traçado, é perceptível que mais de metade dos inquiridos se automedica/consome MNSR com pouca frequência e cerca de 50% considera a sua saúde “boa”, não se apresentando diferenças significativas ou associação entre esta perceção e o género ou idade. Ainda assim, a perceção do estado de saúde de cada um está associado ao maior ou menor consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ($p\text{-value}=0.026$): quem percebe a sua saúde como “Muito Boa” tem maior predisposição consumir “Raramente” MNSRM; no extremo oposto, estão os indivíduos que consideram a sua saúde “Muito Má”, com maior tendência a consumir este tipo de medicamentos com “Muita Frequência”, tendo-se por isso aceitado a Hipótese de Investigação 4.

Ainda que sem associação ou dependência, o consumo deste tipo de fármacos é um pouco maior entre o sexo feminino, tal como revisto na literatura, nomeadamente nos estudos de Daban *et al.*, 2010 e Quintal *et al.*, 2015, aceitando-se a Hipótese de Investigação 1. Associado à frequência da automedicação está a idade dos indivíduos, sendo claro um consumo com “Alguma Frequência” nas faixas etárias mais jovens, concretamente 20-24, e um consumo raro entre os indivíduos com 55 a 64 anos. Esta associação e exposição das diferenças significativas das idades no que respeita ao consumo permitiu recusar a Hipótese 2, adaptada de Nascimento *et al.* (2014) e que sugeria a sua inexistência. Não existe, no entanto, associação entre o consumo e o estado civil ($p=0.473$) (recusa H3a), habilitações académicas ($p=0.843$) (recusa H3b), situação profissional ($p=0.098$) (aceita H3a), ou rendimento mensal ($p=0.238$) (recusa H3d). Ainda assim, e no que toca ao último item, é perceptível que os indivíduos com os rendimentos superiores têm maior predisposição para o consumo de MNSRM com alguma, bastante e muita frequência.

Cerca de 70% dos inquiridos adquire os medicamentos de venda livre nas farmácias, ou entre farmácia e Parafarmácia ou LVMNSRM (28%) corroborando dados oficiais do Infarmed (2016a), e a Hipótese de Investigação 5.

Questão Investigação: *Qual o perfil do consumidor de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto?*

Podemos, com base nos resultados apresentados, definir o consumidor de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto como uma mulher, entre os 20 e os 24 anos, com um rendimento mensal do agregado familiar superior a 1500€. Quando tem um problema menor de saúde, automedica-se com os medicamentos que tem já em casa, consulta um médico ou vai à farmácia, onde adquire os medicamentos de venda livre com a recomendação do profissional de saúde.

Quando os inquiridos se deparam com um problema menor de saúde, como uma gripe, constipação ou dor, quase metade automedica-se com os medicamentos que já tem em casa, cerca de 40% consulta o médico – essencialmente as faixas etárias mais avançadas – e mais de 33% vai à farmácia e pede aconselhamento ao farmacêutico ou técnico de farmácia – principalmente as mulheres. Esta confiança demonstrada no profissional de saúde é corroborada pela literatura, que nos mostra um frequente recurso dos consumidores às farmácias e aos seus profissionais (Fernandes et al., 2010; Gray et al, 2011; Turek e Owczarek, 2014).

As principais patologias/sintomas associadas ao consumo de MNSRM são a gripe, constipação e tosse, seguido das dores de cabeça e dores diversas, tal como observado no estudo de Nascimento *et al.*, 2010. As menos relatadas foram a condição crónica e a insónia ou *stress*. Este dado contraria o estudo de Cho *et al.* (2013), que demonstra a associação entre o consumo de medicamentos de venda livre e a doença crónica e a idade avançada. No entanto, corrobora tantos outros, que associam o consumo de MNSRM a faixas etárias mais jovens e ativas (Daban *et al.*, 2010; Aoyama *et al.*, 2012). As mulheres com maiores rendimentos são quem mais se automedica devido a gripes, constipação ou tosse, havendo ainda uma associação entre o género – também feminino – e a automedicação devido a dores de cabeça e dores gerais. Já em termos de idade, são

as faixas etárias mais avançadas (55-64 anos) quem mais se automedica devido a insónias ou *stress*.

Os grupos farmacoterapêuticos mais consumidos são os analgésicos/antipiréticos (90%) – com maior consumo verificado nas mulheres –, os anti-inflamatórios (80%) – com maior consumo nos mais jovens (20-24 anos) e solteiros –, as formulações tópicas (62%) – com maior consumo pelas mulheres – e os anti-histamínicos/anti-alérgicos (48%) – com maior consumo verificado nos indivíduos com mestrado. Os menos consumidos são os laxantes e ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Em termos dos fármacos mais consumidos, existe conformidade com o estudo de Nascimento *et al.* (2010), devendo, contudo, apontar-se uma diferença significativamente maior no consumo de anti-histamínicos/antipiréticos por parte da população do Grande Porto.

O prévio conhecimento da condição e do que tomar (80%) – mais relatado pelos desempregados –, pouca gravidade da situação (73%) e o hábito (38%) são os principais motivos que levam os inquiridos a consumir um MNSRM em detrimento da consulta médica. Menos relatados são o tempo de espera para obter consulta e o comodismo – mais verificado no sexo masculino, dado que seria expectável ser mais apontado, se olharmos, por exemplo, ao estudo de Fernandes *et al.*, (2010). A poupança na consulta médica, ainda que com pouca expressão, foi mais relatada pelos indivíduos de rendimentos mais baixos. A falta de tempo, de vagas e o tempo excessivo para obter consulta parecem ser mais problemáticos em Bragança (Nascimento *et al.*, 2010), ou, no limite, são mais valorizados pelos consumidores para recorrer à automedicação em vez da consulta.

Q.1. *Qual o consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto e quais as principais patologias e grupos terapêuticos associados?*

Ainda que a maioria dos inquiridos relate automedicar-se com “Pouca Frequência”, o consumo de MNSRM no Grande Porto é significativo, se considerarmos o consumo médio de 4 medicamentos acumulados por inquirido. Os principais sintomas/patologias que conduzem os indivíduos à automedicação prendem-se com questões como gripe, constipação ou tosse, dores de cabeça e dores diversas, sendo que os fármacos mais

consumidos são, em conformidade, analgésicos e antipiréticos, anti-inflamatórios (ambos da área da dor), formulações tópicas e anti-histamínicos.

Consumir mais ou menos medicamentos não parece estar associado à percepção do estado de saúde – contrariando o estudo de Turek e Owczarek (2014) – idade, estado civil, habilitações académicas, rendimento mensal ou género, mas existem diferenças significativas entre géneros, sendo que mulheres consomem um maior número acumulado de medicamentos em relação aos homens (4.1 para 3.7). Também os desempregados parecem consumir um maior número de MSNRM face aos empregados, existindo por isso associação à situação profissional. Por último, o total de medicamentos consumidos está associado à frequência com que os indivíduos recorrem à automedicação, sendo que os valores são significativos nos indivíduos que se automedicam com muita frequência e que relataram a toma do total de fármacos apresentados no inquérito por questionário: 9, para uma média de 4.

No estudo traçado, mais de 70% dos inquiridos não informa o médico do consumo anterior de um MNSRM, tal como no estudo de Shoel *et al.* (2013). No entanto, esta preocupação e cuidado de informar o médico aumenta à medida que aumentam as habilitações dos indivíduos (apenas 25% dos indivíduos com ensino secundário face a mais de 55% dos indivíduos com doutoramento). Mais de metade dos inquiridos admite procurar aconselhamento farmacêutico, em linha com os estudos de Fernandes *et al.*, (2010) e Gray *et al.*, (2011). Existe uma associação entre a procura de recomendação profissional com género e rendimentos nomeadamente entre as mulheres, com rendimentos mais baixos. Já os indivíduos com rendimentos superiores a 1500€ parecem dispensar esse apoio. Esta associação inverte quando é abordada a recomendação da marca ou produto: 90% fá-lo-ia, 94% dos quais com ensino secundário e 75% com doutoramento.

Q.2. *Quais os principais fatores externos e/ou determinantes no Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto?*

O conhecimento da condição e do que tomar, o hábito e a pouca gravidade da situação são os motivos centrais para os inquiridos recorrerem ao consumo de MNSRM em vez da consulta médica. No momento da compra, o uso anterior satisfatório (62%), a

confiança na marca ou produto (45%) e recomendação do farmacêutico ou técnico de farmácia (43%), são os fatores com maior influência. Seguem-se, com alguma influência, a opinião de amigos e familiares (37%), e o preço (34%). Curiosamente, e sem nenhuma influência, estão a disposição do produto na farmácia (65%), a embalagem ou rótulo do produto (64%), a publicidade ao produto (50%), e as promoções associadas (48%). Não existem diferenças significativas na importância atribuída pelos diferentes grupos aos *fatores de marketing*.

A importância atribuída ao hábito e tradição no consumo de um determinado MNSRM está em linha com a literatura, se considerarmos os estudos de Fernandes *et al.*, (2010) e Shohel *et al.* (2013). No entanto, existe uma significativa diferença na importância atribuída à variável de comunicação *publicidade* por parte dos consumidores do Grande Porto. Estudos internacionais demonstram a influência da publicidade na área do MNSRM (Vitor *et al.*, 2008; Hanna e Hughes, 2011; Gray *et al.*, 2011).

A relação com o MNSRM e com as respetivas marcas foi, por fim, avaliada, com base na concordância dos indivíduos face a determinadas afirmações. Existe uma diminuta concordância em optar-se pelo medicamento mais barato quando este está em promoção; existe, no entanto, uma maior predisposição para os indivíduos com menores rendimentos concordar com esta questão, o que se poderá traduzir, por exemplo, na maior adesão a eventuais promoções. Mais de metade dos inquiridos concorda parcialmente ser fiel a uma marca, comprando sempre a mesma, especialmente no caso dos indivíduos com 55-64 anos. Apenas ¼ dos inquiridos considera que todos os medicamentos de venda livre são iguais independentemente da marca; Mais de metade discorda de que sejam iguais, atribuindo-lhes diferenças – especialmente se estivermos a falar de indivíduos com escolaridade mais elevada, nomeadamente doutoramento.

Uma elevada percentagem reconhece a satisfação no alívio dos sintomas após a toma de um MNSRM, sendo que 65% reconhece a sua segurança e eficácia, dos quais cerca de 35% diz que estes têm tanta segurança e eficácia quanto os MSRM. Ainda que não duvidando da eficácia, 80% dos inquiridos reconhece que estes medicamentos não são inócuos; reconhecendo-lhes utilidade, cerca de 60% dos inquiridos concorda que esta é uma solução simples e eficaz em problemas menores de saúde. No estudo de Nascimento *et al.* (2010), esta perceção e conhecimento revelaram-se menores.

Conclusão

Há dez anos, o mercado do medicamento sofria uma alteração estrutural, concedendo maior independência, autonomia e liberdade aos consumidores de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica. A categoria de fármacos passava de *pharmacy only* a *pharmacist only*, concedendo a venda de fármacos de venda livre a estabelecimentos comerciais creditados e a parafarmácias (Cruz *et al.*, 2015).

Ainda que consideravelmente menos representativos para o mercado farmacêutico do que os medicamentos sujeitos a prescrição (8,7% em valor e 15,2% em volume de embalagens) (Infarmed 2016a), os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica têm sofrido um incremento muito considerável nos últimos anos, seja em termos de consumo e vendas, seja em termos de conquista de mercado e valores (Pita Barros e Nunes, 2011). A democratização no acesso a esta terapêutica, com a abertura de Locais de Venda de MNSRM, não representou, no entanto e tal como expectável, uma maior distribuição dos consumidores entre os diversos estabelecimentos alternativos: a farmácia continua a dominar as preferências dos consumidores na hora de adquirir um MNSRM (Fernandes *et al.*, 2010).

Um estudo recente realizado em Portugal e apresentado pela Universidade Católica Portuguesa e pela ANF revela que 36% dos inquiridos vão à farmácia quando tem um problema menor de saúde, e que mais de metade tinha recorrido a farmácias seis ou mais vezes no último meio ano (Expresso, 2015). Em Portugal, há uma grande utilização e satisfação com a farmácia, nomeadamente com a competência dos profissionais, localização, privacidade no atendimento ou maior acessibilidade (*idem*).

Este é um mercado que deve merecer a atenção tanto da academia como das entidades públicas, dado o seu potencial de liberdade, mas também de perigo inerente, já que nenhum fármaco é inócuo (Fernandes *et al.*, 2010). Para a Indústria Farmacêutica em geral, e para as Farmacêuticas em particular, é também um mercado de grande interesse, dada a possibilidade de comunicação direta ao consumidor, algo não verificado, por questões legais e regulamentares, no mercado do medicamento prescrito.

No campo da saúde e do consumo, existem diversos estudos que avaliam a despesa total familiar e/ou do estado em medicamentos, o consumo de um medicamento num determinado período temporal, ou do mercado do medicamento em geral. A literatura, por seu turno, devolve diversos estudos gerais em torno dos MNSRM, aqui apresentados, mostrando os diversos fatores influenciadores e/ou determinantes na compra ou toma de um MNSRM. Mas afigura-se necessário para a gestão – nomeadamente farmacêuticas – e para a academia, conhecer melhor o consumo nacional de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, os seus principais motivos, influências, patologias e fármacos associados, traçando o perfil-tipo do consumidor deste tipo de fármacos no contexto português.

O presente estudo surge neste contexto e pretende, de forma holística, avaliar, no caso português e em particular no Grande Porto, o fenómeno da automedicação na população adulta de raiz – nomeadamente conhecer o seu perfil, condições de saúde que conduzem à toma de MNSRM, os motivos para não recorrer à consulta médica, a ação em caso de problema de saúde com pouca gravidade, indicando os principais fatores externos que influenciam o consumo e aquisição deste tipo de medicamentos.

Para dar resposta ao objetivo traçado no estudo, foi utilizada uma metodologia quantitativa com base num inquérito por questionário difundido *online*, dirigido a consumidores de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica no Grande Porto, com mais de 20 anos. Esta foi uma imposição colocada com base no estudo comparativo de Nascimento *et al.* (2010), que avaliou o consumo de MNSRM em Bragança, em termos de classes terapêuticas consumidas, sintomas e motivos para a toma do fármaco em detrimento da consulta médica. O estudo atual segue uma linha similar, analisando também a frequência do consumo e quantidade consumida, os principais problemas relacionados com a toma de MNSRM e a influência de fatores externos. Foi utilizada uma opção de resposta dicotómica para “Vive, estuda ou trabalha no Grande Porto” e “Já comprou ou consumiu MNSRM?”, no sentido de excluir as respostas negativas e, portanto, inválidas. Foram obtidas 733 respostas, 629 das quais válidas.

Os dados do inquérito por questionário, desenhado com base na revisão da literatura, mostraram um elevado consumo deste tipo de fármacos, ainda que com “Pouca Frequência” (37%), “Raramente” (28%) ou “Alguma Frequência” (27%).

De forma sumária, e apresentando os dados para as variáveis dependente e independentes, verifica-se que a frequência de consumo não parece associada à variável género, ainda que as mulheres consumam um maior número de medicamentos acumulados (cerca de 4, face a 3.7 relatados pelo sexo masculino), tal como na literatura (Vítor *et al.*, 2008; Daban *et al.*, 2010; Quintal *et al.*, 2015). Existe uma associação entre a frequência do consumo e a idade, com os valores significativos a verificarem-se tanto na faixa etária mais jovem (20-24) para um consumo com “Alguma Frequência” (*Post Hoc*: 1,9) como na faixa etária mais avançada (55-64) com um consumo a verificar-se “Raramente” (*Post Hoc*: 4,3), em linha com o estudo de Turek e Owczarek (2014). Não existe, no entanto, associação entre a frequência de consumo e o estado civil, habilitações académicas, situação profissional ou rendimentos, ainda que se observem ligeiras diferenças entre os grupos.

Foi ainda possível concluir que são, essencialmente, as gripes, constipações ou tosse, dor de cabeça ou dores diversas que conduzem os inquiridos à toma de MNSRM. O principal grupo farmacoterapêutico relatado prende-se com os analgésicos e antipiréticos - de acordo com a realidade nacional (Infarmed 2016a), seguido dos anti-inflamatórios e formulações tópicas. A toma deste último grupo e dos fármacos destinados à dor estão associados à variável género, sendo que as mulheres apresentam uma maior tendência ao seu consumo. Os principais influenciadores na compra parecem ser a confiança na marca ou produto, o hábito e a recomendação do farmacêutico ou técnico de farmácia, com algum impacto da opinião de familiares e amigos.

Uma das mais importantes revelações do estudo prende-se com a nula influência dos denominados *fatores de marketing*, nomeadamente embalagem do produto, disposição do mesmo na farmácia, promoções associadas ou publicidade. Existe uma reduzida importância atribuída a publicidade aos medicamentos, o que não se alinha com a literatura, que demonstra o impacto positivo da publicidade de medicamentos na sua compra (Vítor *et al.*, 2008; Hanna e Hughes, 2011), ou com dados estatísticos, que demonstram o grande investimento da Indústria em anúncios publicitários (Statista, 2016). Por outro lado, a escassa importância atribuída às promoções associadas é também surpreendente se considerarmos a sensibilidade ao preço já testada na literatura; no entanto, poder-se-á explicar o resultado com o estudo de Shohel *et al.* (2013), que

nos mostra que a sensibilidade vai diminuindo à medida que a confiança e a experiência aumentam. Esta indiferença face ao preço é similar à observada na classe médica que, de forma geral, se mostra desconhecadora dos preços dos medicamentos (Lexchin *et al.*, 2009), essencialmente porque o secundarizam, dando primazia à eficácia do medicamento e ao quadro do paciente (Gonül *et al.*, 2001).

Em termos gerais, reforça-se, com o estudo, uma predisposição para compra com base no hábito e uma grande confiança no conhecimento e sugestão dos profissionais de farmácia, o local de eleição na compra de MNSRM. Ainda que sem associação ou diferenças significativas entre grupos quando considerado o estado civil, habilitações académicas, situação profissional ou rendimentos, poder-se-á aproximar, com base em dados absolutos, o perfil do consumidor deste MNSRM no Grande Porto a uma mulher, jovem (20-24 anos), similar ao apresentado por Quintal *et al.* (2015). Esta consumidora tem ainda uma perceção “Boa” da sua saúde, e um consumo acumulado de 4 categorias de MNSRM, ainda que o consumo se faça com “Pouca Frequência”.

Este estudo poderá fornecer contributos e dados úteis à academia, na medida em que atesta alguns dos principais resultados evidenciados na literatura na área do MNSRM e seu consumo, nomeadamente no que ao perfil – mulher –, idade – jovens – e motivações centrais para a compra ou consumo – hábito, confiança no produto ou marca e recomendação de terceiros. Corrobora ainda a assunção da associação entre a perceção do estado de saúde e do maior ou menor consumo desta terapêutica (Fernandes *et al.*, 2010; Turek e Owczarek, 2014). Por outro lado, contraria a importância atribuída aos fatores externos, denominados de *fatores de marketing*, que neste estudo revelaram ser os que menos influência têm no momento da compra (Hanna e Hughes, 2011).

Este é, também para a gestão, o principal e mais importante dado. O investimento das farmacêuticas na área de marketing e das vendas é muito considerável, pelo que poderá necessitar de ser ajustado, e, eventualmente redirecionado para uma comunicação mais próxima do consumidor, através de, por exemplo, estratégias *below-the-line* (considerando a predisposição dos mais jovens ao consumo) e/ou mais dirigida aos farmacêuticos, que assumem um papel preponderante na hora dos consumidores de MNSRM do Grande Porto optarem por um fármaco em detrimento do outro.

Afirma-se necessário explanar as limitações deste estudo, traçando propostas a investigação futura na área. A principal fraqueza da presente prende-se, indubitavelmente, com a impossibilidade de estabelecer uma direta e clara comparação com o estudo de Nascimento *et al.* (2010) devido à forma de distribuição e construção díspar do inquérito por questionário. O presente estudo dava a possibilidade de mais do que uma resposta em determinados casos, dado o *feedback* obtido aquando do Pré-Teste. Assim, não foi exequível comparar de forma holística os dois estudos e, por isso, o consumo de medicamentos de venda livre nas duas cidades, tendo-se optado, sempre que possível, pela comparação entre dados nacionais e internacionais.

Outra limitação assumida prende-se com a inexistência de um grupo de controlo dos dados, que poderia ser representado pelos não consumidores de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica. Com a sua automática exclusão não foi possível avaliar a incidência da automedicação e, ainda que este não fosse o objetivo do trabalho, ter-se-ia revelado vantajoso e útil aos resultados e contributos do trabalho.

Para investigação futura, revelar-se-ia interessante aplicar o estudo apresentado – com os devidos aperfeiçoamentos – a uma amostra mais representativa, num maior espectro temporal e eventualmente entre diferentes zonas geográficas. Assim, poder-se-iam traçar tendências no consumo e eventualmente semelhanças e/ou diferenças estruturantes entre as determinadas áreas e/ou populações estudadas.

Bibliografia

- Albert, S. M., Bix, L., Bridgeman, M. M., Carstensen, L. L., Dyer-Chamberlain, M., Neafsey, P. J., & Wolf, M. S. (2014). Promoting safe and effective use of OTC medications: CHPA-GSA National Summit. *The Gerontologist*, 54(6), 909-918.
- AMA. (2013). Marketing Definition. Disponível em <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>, acessado a 14 de novembro de 2015.
- Ambady, N., & Krabbenhoft, M. A. (2006). The 30-sec sale, using thin-slice judgments to evaluate sales effectiveness. *Journal of Consumer Psychology*, 16, 4–13.
- Andaleeb, S. S., & Tallman, R. F. (1996). Relationships of physicians with pharmaceutical sales representatives and pharmaceutical companies, an exploratory study. *Health Marketing Quarterly*, 13, 79–89.
- Aoyama, I., Koyama, S., & Hibino, H. (2012). Self-medication behaviors among Japanese consumers: sex, age, and SES differences and caregivers' attitudes toward their children's health management. *Asia Pacific family medicine*, 11(1), 7. doi: 10.1186/1447-056x-11-7
- Apifarma. (2014). A Indústria Farmacêutica em Números - 2014. Disponível em <https://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Paginas/Ind%C3%BAstria-Farmac%C3%AAutica-em-N%C3%BAmeros-2014.aspx>, acessado a 15 de novembro de 2015.
- Bain, J. S. (1956). *Barriers to new competition* (1st ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Bijwaard, G. E., Janssen, M. C. W., & Maasland, E. (2008). Early mover advantages. An empirical analysis of European markets. *Telecommunications Policy*, 32, 246–261.

- Bowling, A. (1997). *Research methods in health: Investigating health and health services*. Buckingham: Open University Press
- Bronnenberg, B. J., Dube, J.-P. H., & Gentzkow, M. (2010). The evolution of brand preferences: Evidence from consumer migration: *National Bureau of Economic Research*.
- Cântara, S. (2014). *Branding farmacêutico: a importância da embalagem na decisão de compra dos medicamentos não sujeitos a receita médica*. (Mestrado em Gestão de Marketing), IPAM.
- Cavusgil, E., & Calantone, R. (2011). Are pharmaceutical marketing decisions calibrated to communications effects?. *Health Marketing Quarterly*, 28(4), 317-336.
- Cho, J.-H., Lee, Tae-Jin. (2013). The Factors Contributing to Expenditures on Over-the-Counter Drugs in South Korea. *Value in Health Regional Issues*, 2, 147-151.
- Churchill, G. A., Ford, N. M., Hartley, S. W., & Walker, O. C. Jr. (1985). The determinants of salesperson performance. A meta-analysis. *Journal of Marketing Research*, 22, 103–118.
- CorreioManhã. (2015). *Farmacêuticas são quem mais investe*. Disponível em www.cmjornal.xl.pt/tv_media/detalhe/farmaceuticas_sao_quem_mais_investe.html, acessado a 8 de janeiro de 2016.
- Coscelli, A. (2000). The importance of doctors' and patients' preferences in the prescription decision. *Journal of Industrial Economics*, 48, 349–369.
- Costa-Font, J., Rudisill, C., & Tan, S. (2014). Brand loyalty, patients and limited generic medicines uptake. *Health policy*, 116(2), 224-233.
- Cruz, P. S., Caramona, M., & Guerreiro, M. P. (2015). Uma Reflexão sobre a Automedicação e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica em Portugal. *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*, 7(2), 83-90.

- Daban, F., Pasarín, M. I., Rodríguez-Sanz, M., García-Altés, A., Villalbí, J. R., Zara, C., & Borrell, C. (2010). Social determinants of prescribed and non-prescribed medicine use. *International Journal for Equity in Health*, 9(12), 11.
- Dickov, V. (2012). The aspect of brands and marketing development in pharmaceutical industry. *Acta medica Lituanica*, 19(2).
- Dickov, V., & Kuzman, B. (2011). Specific features of pharmaceuticals marketing mix. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4(3), 160-167.
- Dogramatzis, D. (2002). *Pharmaceutical marketing. A practical guide* (1st ed.). Englewood, CO: Interpharm Press.
- Donohue, J. M., & Berndt, E. R. (2004). Effects of direct-to-consumer advertising on medication choice. The case of antidepressants. *Journal of Public Policy and Marketing*, 23, 115–127.
- Duarte, A. e. a. (s.d.). *Responsabilidade Social no Sector das Farmácias em Portugal: Ordem dos Farmacêuticos*.
- Expresso. (2015). *População quer tratamento a tempo, afável e acessível*, Expresso - O meu futuro.
- Fernandes, A., Palma, L., Frazão, F., & Monteiro, C. (2010). Medicamentos não sujeitos a receita médica: razões mais frequentes de seu uso. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 7(1), 47-55.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª Ed.). London: SAGE.
- Flechter, K. (1989). *Marketing strategy and planning in the UK pharmaceutical industry. Some preliminary findings*. *European Journal of Marketing*, 24, 55–67.
- Fonseca, D. A. P. (2015). *A Cocriação de Valor no Desenvolvimento de uma Nova Marca na Indústria Farmacêutica em Portugal*. (Mestrado em Marketing), IPAM.

- Gonül, F. F., Carter, F., Petrova, E., & Srinivasan, K. (2001). Promotion of prescription drugs and its impact on physician's choice behaviour. *Journal of Marketing*, 65, 79–90.
- Gray, N. J., Boardman, H. F., & Symonds, B. S. (2011). Information sources used by parents buying non-prescription medicines in pharmacies for preschool children. *International journal of clinical pharmacy*, 33(5), 842-848.
- Hanna, L.-A., Hughes, Carmel M. (2011). Public's views on making decisions about over-the-counter medication and their attitudes towards evidence of effectiveness: A cross-sectional questionnaire study. *Patient Education and Counseling*, 83, 345-351.
- Hill, R. (1999). *Is bigger better? Addressing the question of scale in the pharmaceutical industry*. Pharmaceutical Industry Dynamics, Decision Resources (Vol. 6, pp. 1–12). Waltham, Massachusetts: Spectrum.
- Holdford, D. A. (2003). *Marketing for Pharmacists*. Washington DC: American Pharmaceutical Association.
- Horn, R. V. (1993). *Statistical Indicators: For the Economic and Social Sciences*. Cambridge University Press.
- Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology*. Belmont: Wadsworth.
- Huber, M., Dippold, K., & Forsthofer, R. (2012). Which factors drive product sales in OTC markets?. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 6(4), 291-309.
- Iizuka, T., & Zhe Jin, G. (2002). The effects of direct-to-consumer advertising in the prescription drug market. *Abstract Academy Health Meeting*. Disponível em SSRN: <http://ssrn.com/abstract/4365140> 20, 481–496, acessado a 25 de julho de 2016
- Infarmed. (2014). Estatística do Medicamento e Produtos de Saúde. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_D

O_MERCADO/OBSERVATORIO/ESTATISTICA_DO_MEDICAMENTO,
acedido a 30 de agosto de 2016.

Infarmed. (2015). Medicamentos para Uso Humano: Classificação quanto à dispensa ao público. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/medicamentos_uso_humano/prescricao_dispensa_e_utilizacao/classificacao_quanto_a_dispensa, acessido a 25 de junho de 2016.

Infarmed. (2016a). Monitorização Trimestral das Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias Janeiro – Junho 2016. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorizacao_do_mercado/observatorio/analise_mensal_mercado, acessido a 25 de agosto de 2016.

Infarmed. (2016b). Lista de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/licenciamento_de_entidades/locais_de_venda_mnsrm/lista_de_mnsrm, acessido a 25 de agosto de 2016

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2016). Inquérito Nacional de Saúde (2014). Disponível em <http://www.insa.pt/>, acessido a 25 de agosto de 2016.

Jonsson, B. (2001). Flat or monotonic pricing of pharmaceuticals. Practice and consequences. *The European Journal of Health Economics* (HEPAC), 2, 104–112.

Kardes, F. R., & Kalyanaram, G. (1992). Order-of-entry effects on consumer memory and judgment. *Journal of Marketing Research*, 29, 343–358.

Kerin, R. A., Rajan Varadarajan, P., & Peterson, R. A. (1992). First-mover advantage. A synthesis, conceptual framework, and research propositions. *Journal of Marketing*, 56, 33–52.

Kondasani, R. K. R., & Panda, R. K. (2015). Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(5), 452-467.

- Kotler, P. (1998). *A generic concept of marketing*. Marketing Management, April, 48–54.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Marketing management* (12ed). Englewood, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Kremer, S. T. M., Bijmolt, T. H. A., Leeflang, P. S. H., & Wieringa, J. E. (2008). Generalizations on the effectiveness of pharmaceutical promotional expenditures. *International Journal of Research in Marketing*, 25, 234–246.
- Leffler, K. B. (1981). Persuasion or information? The economics of prescription drug advertising. *Journal of Law and Economics*, 24, 45–74.
- Lexchin, J. (2009). CJEM and pharmaceutical advertisements. It's time for an end. *Canadian Journal of Emergency Medicine (CJEM)*, 11, 375–379.
- Lopes, M. A. d. S. (2013). *A Importância da Comunicação no Marketing Farmacêutico*. (Mestrado em Marketing), Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Madeira, C. (2015). Há novas regras para publicidade na saúde. *Diário Económico*, 15 de outubro de 2015.
- Marcoulides, G. A., & Moustaki, I. (Eds.). (2014). *Latent variable and latent structure models*. Psychology Press.
- Margato, D. (2016). Um quinto já é vendido fora das farmácias. *Jornal de Notícias*, 07 de maio de 2016.
- Marktest. (2016). *A publicidade no 1º semestre*. Disponível em <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~20ef.aspx>, acedido a 30 de agosto de 2016.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. ReportNumber
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber.
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*.

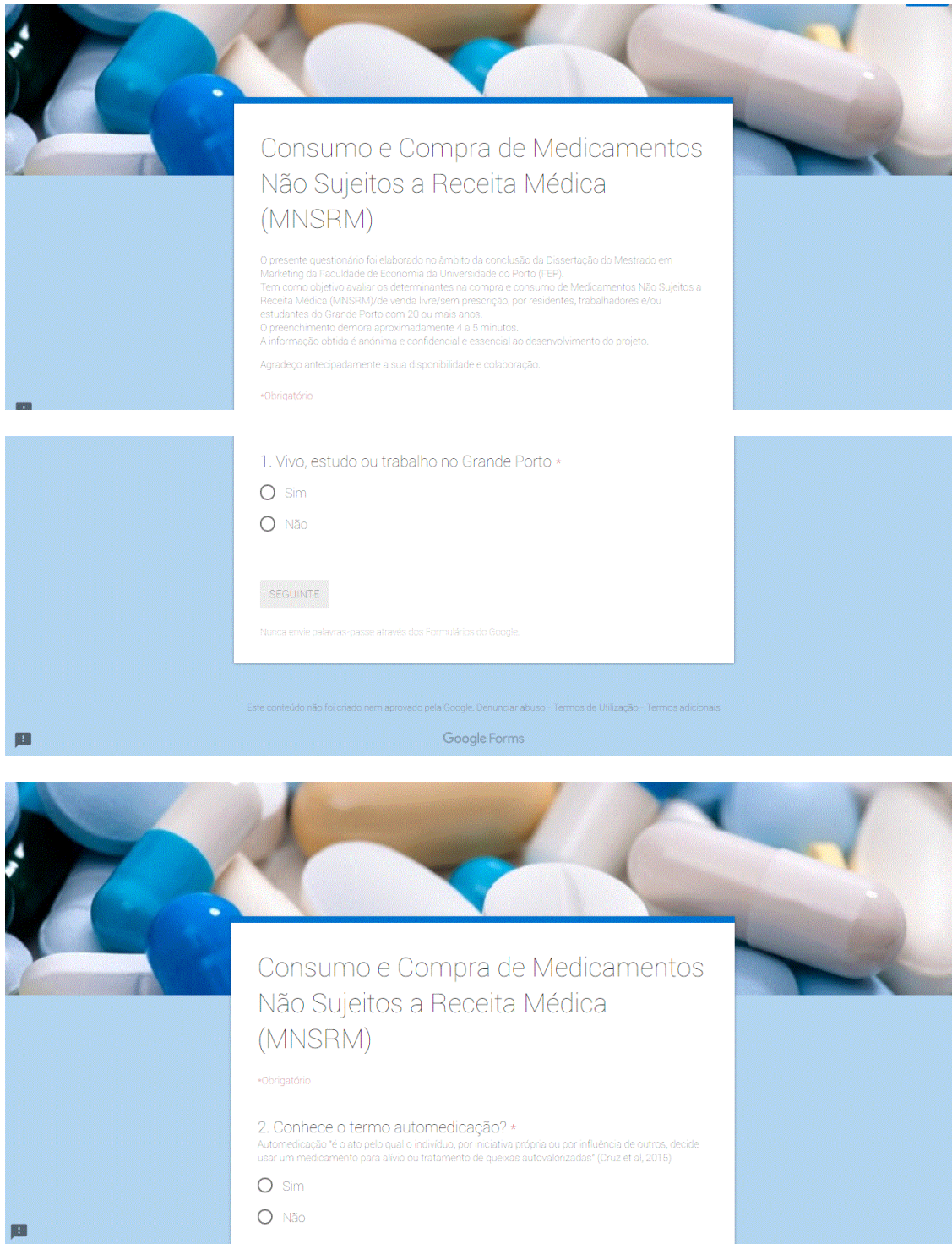
- Matias, J. T. M. (2011). *Fatores que influenciam a compra de MNSRM: identificação de uma taxonomia de consumidores*. (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade da Beira Interior.
- Mckinsey & Company. (2009). *The consumer decision journey*. Disponível em <http://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/the-consumer-decision-journey>, acedido a 11 de junho de 2016.
- Mendes, S. A. d. C. B. (2014). *Comportamento do consumidor na compra e repetição de compra de medicamentos não sujeitos a receita médica*. (Mestrado em Marketing), Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Mitchell, W. (1989). Whether and when? Probability and timing of incumbents' entry into emerging industrial subfields. *Administrative Science Quarterly*, 34, 208–230.
- Mizik, N., & Jacobson, R. (2004). Are physicians easy marks? Quantifying the effects of detailing and sampling on new prescriptions. *Management Science*, 50, 1704–1715.
- Narayanan, S., Desiraju, R., & Chintagunta, P. K. (2004). Return on investment implications for pharmaceutical promotional expenditures. The role of marketing-mix interactions. *Journal of Marketing*, 68, 90–105.
- Nascimento, L., Gomez, J., Reis, C., & Ribeiro, M. I. (2014). Prevalência da automedicação na população adulta utentes do centro de saúde da cidade de Bragança. *IX Congresso Nacional da Associação Nacional de Licenciados em Farmácia*. Associação Portuguesa de Licenciados em Farmácia.
- Nascimento, L., Pinto, I., Ribeiro, T., Rodrigues J. & Xavier, S. (2010). *Automedicação*. Departamento das Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica (Licenciatura Biotápica em Farmácia), Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo

- Pita Barros, P. & Nunes, L. C. (2011). *10 anos de Política do Medicamento em Portugal*. Lisboa: GANEC, Universidade.
- Pordata (2016). *Farmácias: número - Portugal. Quantos são os estabelecimentos farmacêuticos?* Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Farm%C3%A1cias+n%C3%BAmero-153>,
acedido a 24 de setembro de 2016
- Quintal, C., Sarmiento, M., & Raposo, V. (2015). Fatores explicativos do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 4(1), 53-66.
- Roblek, V., & Bertonec, A. (2014). Impact of corporate social responsibility on OTC medicines consumers. *The Amfiteatru Economic*, 35(16).
- Sharp, B., & Dawes, J. (2001). What is differentiation and how does it work. *Journal of Marketing Management*, 17, 739–759.
- Shaw, A. (2008). Direct-to-Consumer Advertising (DTC) of pharmaceuticals. *ProQuest Discovery Guides*, March.
- Shohel, M., Islam, T., Al-Amin, M. M., Islam, A., & Rahman, M. M. (2013). Investigation of Consumer Attitudes, Intentions and Brand Loyal Behavior on the OTC Drugs in Bangladesh. *British Journal of Pharmaceutical Research*, 3(3), 454.
- Smith, M. C. (1983). *The principles of pharmaceutical marketing*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Statista. (2016). *Leading advertising categories in the United States in 3rd quarter 2015 (in billion U.S. dollars)*. Disponível em <https://www.statista.com/statistics/233755/leading-advertising-categories-in-the-us/>,
acedido a 30 de agosto de 2016.

- Stros, M., & Lee, N. (2015). Marketing dimensions in the prescription pharmaceutical industry: a systematic literature review. *Journal of Strategic Marketing*, 23(4), 318-336.
- Sumaedi, S., Gede Mahatma Yuda Bakti, I., Rakhmawati, T., J. Astrini, N., Widiyanti, T., & Yarmen, M. (2014). The empirical study on patient loyalty: the role of trust, perceived value, and satisfaction (a case study from Bekasi, Indonesia). *Clinical Governance: An International Journal*, 19(3), 269-283.
- Tisman, A. (2010). The rising tide of OTC in Europe. *IMS Health*.
- Turek, A., & Owczarek, A. (2014). Determinants of Consumption Behavior of Over-the-Counter Medications-the Case of Painkillers and Anti-Inflammatory Medications. *Journal of Economics & Management*(15), 25-59.
- Vakratsas, D., & Kolsarici, C. (2008). A dual-market diffusion model for a new prescription pharmaceutical. *International Journal of Research in Marketing*, 25, 282–293.
- Vitor, R. S., Lopes, C. P., Menezes, H. S., & Kerkhoff, C. E. (2008). Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ciência saúde coletiva*, 13, 737-743.
- White, H. J., Draves, L. P., Soong, R., & Moore, C. (2004). Ask your doctor! Measuring the effect of direct-to-consumer communications in the world's largest healthcare market. *Journal of Advertising*, 23, 53–68.
- World Self-Medication Industry (s.d.). *Responsible Self-Care and Self-Medication: a Worldwide Review of Consumer Surveys*: WSMI Publications.

Anexos

Anexo 1 – Inquérito por questionário difundido *online*



Consumo e Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

O presente questionário foi elaborado no âmbito da conclusão da Dissertação do Mestrado em Marketing da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEUP). Tem como objetivo avaliar os determinantes na compra e consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)/de venda livre/sem prescrição, por residentes, trabalhadores e/ou estudantes do Grande Porto com 20 ou mais anos. O preenchimento demora aproximadamente 4 a 5 minutos. A informação obtida é anónima e confidencial e essencial ao desenvolvimento do projeto. Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração.

*Obrigatório

1. Vivo, estudo ou trabalho no Grande Porto *

☐ Sim

☐ Não

SEGUINTE

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. Denunciar abuso - Termos de Utilização - Termos adicionais

Google Forms

Consumo e Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

*Obrigatório

2. Conhece o termo automedicação? *

Automedicação "é o ato pelo qual o indivíduo, por iniciativa própria ou por influência de outros, decide usar um medicamento para alívio ou tratamento de queixas autovalorizadas" (Cruz et al, 2015)

☐ Sim

☐ Não

3. Já comprou ou consumiu Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica? *

Medicamento Não Sujeito a Receita Médica é um medicamento que, pelo seu perfil conhecido em termos de eficácia e segurança, dispensa a prescrição médica, e é de venda livre, em qualquer farmácia ou parafarmácia (exemplo: medicamentos para a constipação, gripe ou tosse, dores de cabeça, musculares ou diversas, insónia ou stress e problemas intestinais ou digestivos)

☐ Sim, frequentemente

☐ Sim, raramente

☐ Não

VOLTAR

PRÓXIMA

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso · Termos de Serviço · Termos Adicionais

Google Forms

Consumo e Compra de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

*Obrigatório

4. Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? *

Considere, por exemplo, uma dor, constipação ou desconforto.

☐ Consulta um médico

☐ Vai a uma urgência hospitalar

☐ Vai à farmácia ou parafarmácia e pede aconselhamento do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia

☐ Automedica-se com medicamentos que tem já em casa

☐ Não faz nada (espera que passe)

☐ Outro: _____

5. Com que frequência se automedica? *

Compra ou consome medicamentos sem prescrição e recomendação médica.

☐ Raramente

☐ Pouca frequência

☐ Alguma frequência

☐ Bastante frequência

☐ Muita frequência

☐ Outro: _____

6. Qual ou quais os principais sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? *

Excluem-se deste estudo Suplementos Vitamínicos e Dermocosméticos

- ☐ Gripe, Constipação ou Tosse
- ☐ Infecção ou inflamação
- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Dores diversas (musculares, osteoarticulares)
- ☐ Insónia ou Stress
- ☐ Problema intestinal ou digestivo
- ☐ Problema respiratório ou alérgico
- ☐ Condição crónica
- ☐ Outro: _____

Motivação para o Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

Pense na última vez que se automedicou (ex: Gripe, Dores ou Inflamações)

7. Qual ou quais os motivos que justificaram ou justificam a automedicação em vez da consulta médica? *

- ☐ Pouca gravidade da situação
- ☐ Conhecimento da condição (ex: Gripe) e do que tomar
- ☐ Hábito (toma sempre o mesmo medicamento para aquela condição)
- ☐ Falta de tempo
- ☐ Falta de vagas no médico de família
- ☐ Poupança de dinheiro na consulta médica
- ☐ Tempo de espera excessivo para obter consulta
- ☐ Comodismo
- ☐ Outro: _____

8. Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? *

- ☐ Analgésicos/Antipiréticos (ex: Aspirina®, Ben-u-ron®)
- ☐ Anti-inflamatórios (ex: Brufen®, Voltaren®, Reumon®)
- ☐ Ansiolíticos, Sedativos, Hipnóticos (ex: Valdispert®, Dormidina®)
- ☐ Anti-Histamínicos/Anti-Alérgicos (ex: Alerius®)
- ☐ Descongestionantes das vias respiratórias (ex: Nasex®, Vibrocil®)
- ☐ Laxantes (ex: Dulcolax®)
- ☐ Antidiarreicos (ex: Imodium®)
- ☐ Xaropes para a tosse (ex: Diacol®, Bisolvon®)
- ☐ Formulações Tópicas (Pomadas, Cremes ou Loções) (ex: Bepanthen®)
- ☐ Outro: _____

9. Quando adquire um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica, fá-lo... *

- ☐ Numa Farmácia
- ☐ Numa Parafarmácia (ex: em grandes superfícies)
- ☐ Nos dois locais, dependendo da proximidade de cada estabelecimento
- ☐ Nunca compro Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
- ☐ Outro: _____

10. Quando opta ou adquire um Medicamento Não Sujeito a

Receita Médica, qual a influência de... *

Escala: 1. Nenhuma influência; 2. Pouca influência; 3. Neutro; 4. Alguma influência; 5. Muita influência

	Nenhuma influência	2. PI	3. N	4. AI	5. Muita Influência
Confiança na marca ou produto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confiança no laboratório (ex: Bayer, Bial, GSK)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hábito/uso anterior satisfatório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opinião amigos e/ou familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendação do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade/Stock da Farmácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promoções associadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Publicidade do Produto (ex: TV, rádio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embalagem do Produto e Rotulo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidade do produto na farmácia (à vista ou guardado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Quando consumiu um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica... *

	Sim	Não
Encontrava-se a tomar outros medicamentos prescritos pelo médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Téc. Farmácia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinha conhecimento dos riscos ou efeitos secundários dos medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Surgiu algum problema/reacção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informou o seu médico da toma do medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recomendaria a marca ou produto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pense em alguma ocasião em que adquiriu um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (MNSRM)

Por exemplo, no Inverno (antigripais) ou na Primavera (anti-alérgicos)
Escala: 1. Discordo Totalmente; 2. Discordo; 3. Não Discordo nem Concordo (Neutro); 4. Concordo; 5. Concordo Totalmente.

12. Se um MNSRM estiver em promoção, opto pelo mais barato *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

13. Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma *
(ex: Voltaren® e Reumon®)

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

14. Considero que os MNSRM são todos iguais,
independentemente da marca *

(ex: Voltaren® e Reumon®)

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

15. Confio e sigo a recomendação do Farmacêutico ou Téc. de
Farmácia quando compro um MNSRM *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

16. Após tomar um MNSRM, fico satisfeito com o alívio dos
sintomas *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

17. Confio nos MNSRM porque são seguros e eficazes *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

18. Os MNSRM são tão seguros e eficazes quanto os
medicamentos sujeitos a prescrição médica. *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

19. Sei que os MNSRM não são isentos de riscos. *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

20. Considero que em problemas menores de saúde a
automedicação/consumo de MNSRM é mais simples e eficaz *

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

Dados Demográficos

1. Género *

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Idade *

- ☒ Até 19
- ☐ 20-24
- ☐ 25-34
- ☐ 35-44
- ☐ 45-54
- ☐ 55-64
- ☐ + 65

3. Estado Civil *

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/União de Facto
- ☐ Divorciado
- ☐ Viúvo

4. Habilitações Académicas *

- ☐ Ensino Básico
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento
- ☐ Outro: _____

5. Profissão *

- ☐ Estudante
- ☐ Trabalhador Estudante
- ☐ Empregado
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado
- ☐ Outro: _____

6. Rendimento Mensal do Agregado Familiar *

- ☐ <250€
- ☐ 251€-500€
- ☐ 501€-900€
- ☐ 901€-1500€
- ☐ >1501€

7. Considero que a minha saúde é... *

- ☐ Muito má
- ☐ Má
- ☐ Razoável
- ☐ Boa
- ☐ Muito boa

Anexo 2 – Cálculo da normalidade da distribuição

Estatísticas descritivas					
	N	Média	Erro Desvio	Mínimo	Máximo
Com que frequência se automedica?	629	2,175	,9813	1,0	5,0

Anexo 3 – Caracterização da amostra: Género, Idade e Estado Civil

Género					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Feminino	466	74,1	74,1	74,1
	Masculino	163	25,9	25,9	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Idade					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	20-24	349	55,5	55,5	55,5
	25-34	204	32,4	32,4	87,9
	35-44	51	8,1	8,1	96,0
	45-54	18	2,9	2,9	98,9
	55-64	7	1,1	1,1	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPS

Estado Civil					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Solteiro	521	82,8	82,8	82,8
	Casado/União de Facto	100	15,9	15,9	98,7
	Divorciado	8	1,3	1,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Anexo 4 – Caracterização da amostra: Habilitações Académicas, Profissão e Rendimento Mensal

Habilitações Académicas					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Ensino Secundário	68	10,8	10,8	10,8
	Licenciatura	317	50,4	50,4	61,2
	Mestrado	216	34,3	34,3	95,5
	Doutoramento	28	4,5	4,5	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Profissão					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Estudante	332	52,8	52,8	52,8
	Trabalhador Estudante	113	18,0	18,0	70,7
	Empregado	157	25,0	25,0	95,7
	Desempregado	27	4,3	4,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Rendimento Mensal do Agregado Familiar					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	<250	16	2,5	2,5	2,5
	251-500	32	5,1	5,1	7,6
	501-900	147	23,4	23,4	31,0
	901-1500	212	33,7	33,7	64,7
	>1501	222	35,3	35,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Anexo 5 – Caraterização da amostra: Perceção do estado de saúde

Género

Género * Considero que a minha saúde é... Tabulação cruzada

			Considero que a minha saúde é...					Total
			Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	
Género	Feminino	Contagem	1	6	64	260	135	466
		% em Género	0,2%	1,3%	13,7%	55,8%	29,0%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	33,3%	85,7%	73,6%	74,1%	74,6%	74,1%
	Masculino	Contagem	2	1	23	91	46	163
		% em Género	1,2%	0,6%	14,1%	55,8%	28,2%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	66,7%	14,3%	26,4%	25,9%	25,4%	25,9%
Total	Contagem	3	7	87	351	181	629	
	% em Género	0,5%	1,1%	13,8%	55,8%	28,8%	100,0%	
	% em Considero que a minha saúde é...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Output SPSS

Idade

Idade * Considero que a minha saúde é... Tabulação cruzada

			Considero que a minha saúde é...					Total
			Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	
Idade	20-24	Contagem	3	4	42	195	105	349
		% em Idade	0,9%	1,1%	12,0%	55,9%	30,1%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	100,0%	57,1%	48,3%	55,6%	58,0%	55,5%
	25-34	Contagem	0	3	31	112	58	204
		% em Idade	0,0%	1,5%	15,2%	54,9%	28,4%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	0,0%	42,9%	35,6%	31,9%	32,0%	32,4%
	35-44	Contagem	0	0	8	30	13	51
		% em Idade	0,0%	0,0%	15,7%	58,8%	25,5%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	0,0%	0,0%	9,2%	8,5%	7,2%	8,1%
	45-54	Contagem	0	0	5	8	5	18
		% em Idade	0,0%	0,0%	27,8%	44,4%	27,8%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	0,0%	0,0%	5,7%	2,3%	2,8%	2,9%
	55-64	Contagem	0	0	1	6	0	7
		% em Idade	0,0%	0,0%	14,3%	85,7%	0,0%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	0,0%	0,0%	1,1%	1,7%	0,0%	1,1%
	Total	Contagem	3	7	87	351	181	629
		% em Idade	0,5%	1,1%	13,8%	55,8%	28,8%	100,0%
		% em Considero que a minha saúde é...	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Teste Qui-quadrado de Pearson: Género e Percepção do Estado de Saúde

Género * Considero que a minha saúde é... Tabulação cruzada

			Considero que a minha saúde é...					Total
			Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa	
Género	Feminino	Contagem	1	6	64	260	135	466
		% em Género	0,2%	1,3%	13,7%	55,8%	29,0%	100,0%
	Masculino	Contagem	2	1	23	91	46	163
		% em Género	1,2%	0,6%	14,1%	55,8%	28,2%	100,0%
Total		Contagem	3	7	87	351	181	629
		% em Género	0,5%	1,1%	13,8%	55,8%	28,8%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Anexo 6 – Frequência da Automedicação/Consumo de MNSRM, por Género, Idade, Estado Civil, Habilitações Académicas, Profissão e Rendimento Mensal do Agregado Familiar.

Tabela 6a – Frequência da Automedicação por Idade

Tabela cruzada da Frequência da Automedicação e a Idade: *Post Hoc*

Idade * Com que frequência se automedica? Tabulação cruzada

			Com que frequência se automedica?					Total
			Raramente	Pouca frequência	Alguma frequência	Bastante frequência	Muita frequência	
Idade	20-24	Contagem	86	129	104	24	6	349
		% em Idade	24,6%	37,0%	29,8%	6,9%	1,7%	100,0%
		% em Com que frequência se automedica?	48,6%	55,8%	61,5%	63,2%	42,9%	55,5%
		Resíduos ajustados	-2,2	,1	1,9	1,0	-1,0	
	25-34	Contagem	65	74	50	9	6	204
		% em Idade	31,9%	36,3%	24,5%	4,4%	2,9%	100,0%
		% em Com que frequência se automedica?	36,7%	32,0%	29,6%	23,7%	42,9%	32,4%
		Resíduos ajustados	1,4	-,2	-,9	-1,2	,8	
	35-44	Contagem	14	20	11	4	2	51
		% em Idade	27,5%	39,2%	21,6%	7,8%	3,9%	100,0%
		% em Com que frequência se automedica?	7,9%	8,7%	6,5%	10,5%	14,3%	8,1%
		Resíduos ajustados	-,1	,4	-,9	,6	,9	
	45-54	Contagem	5	8	4	1	0	18

	% em Idade	27,8%	44,4%	22,2%	5,6%	0,0%	100,0%
	% em Com que frequência se automedica?	2,8%	3,5%	2,4%	2,6%	0,0%	2,9%
	Resíduos ajustados	,0	,7	-,5	-,1	-,6	
55-64	Contagem	7	0	0	0	0	7
	% em Idade	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% em Com que frequência se automedica?	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%
	Resíduos ajustados	4,3	-2,0	-1,6	-,7	-,4	
Total	Contagem	177	231	169	38	14	629
	% em Idade	28,1%	36,7%	26,9%	6,0%	2,2%	100,0%
	% em Com que frequência se automedica?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 6b – Frequência da Automedicação por Estado Civil
Tabela cruzada da Frequência da Automedicação e o Estado Civil

Com que frequência se automedica? * Estado Civil Tabulação cruzada

			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Com que frequência se automedica?	Raramente	Contagem	144	28	5	177
		% em Com que frequência se automedica?	81,4%	15,8%	2,8%	100,0%
		% em Estado Civil	27,6%	28,0%	62,5%	28,1%
	Pouca frequência	Contagem	195	35	1	231
		% em Com que frequência se automedica?	84,4%	15,2%	0,4%	100,0%
		% em Estado Civil	37,4%	35,0%	12,5%	36,7%
	Alguma frequência	Contagem	142	25	2	169
		% em Com que frequência se automedica?	84,0%	14,8%	1,2%	100,0%
		% em Estado Civil	27,3%	25,0%	25,0%	26,9%
	Bastante frequência	Contagem	29	9	0	38
		% em Com que frequência se automedica?	76,3%	23,7%	0,0%	100,0%
		% em Estado Civil	5,6%	9,0%	0,0%	6,0%
	Muita frequência	Contagem	11	3	0	14
		% em Com que frequência se automedica?	78,6%	21,4%	0,0%	100,0%
		% em Estado Civil	2,1%	3,0%	0,0%	2,2%
Total	Contagem		521	100	8	629
	% em Com que frequência se automedica?		82,8%	15,9%	1,3%	100,0%
	% em Estado Civil		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 6c – Frequência da Automedicação por Habilitações Acadêmicas
Tabela cruzada da Frequência da Automedicação e a Habilitações Acadêmicas

Com que frequência se automedica? * Habilitações Acadêmicas Tabulação cruzada

			Habilitações Acadêmicas				Total
			Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Com que frequência se automedica?	Raramente	Contagem	16	97	59	5	177
		% em Com que frequência se automedica?	9,0%	54,8%	33,3%	2,8%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	23,5%	30,6%	27,3%	17,9%	28,1%
	Pouca frequência	Contagem	26	108	83	14	231
		% em Com que frequência se automedica?	11,3%	46,8%	35,9%	6,1%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	38,2%	34,1%	38,4%	50,0%	36,7%
	Alguma frequência	Contagem	18	87	57	7	169
		% em Com que frequência se automedica?	10,7%	51,5%	33,7%	4,1%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	26,5%	27,4%	26,4%	25,0%	26,9%
	Bastante frequência	Contagem	6	17	14	1	38
		% em Com que frequência se automedica?	15,8%	44,7%	36,8%	2,6%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	8,8%	5,4%	6,5%	3,6%	6,0%
	Muita frequência	Contagem	2	8	3	1	14
		% em Com que frequência se automedica?	14,3%	57,1%	21,4%	7,1%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	2,9%	2,5%	1,4%	3,6%	2,2%
	Total	Contagem	68	317	216	28	629
		% em Com que frequência se automedica?	10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 6d – Frequência da Automedicação por Situação Profissional
Tabela cruzada da Frequência da Automedicação e a Situação Profissional

Com que frequência se automedica? * Profissão Tabulação cruzada

			Profissão				Total
			Estudante	Trabalhador Estudante	Empregado	Desempregado	
Com que frequência se automedica?	Raramente	Contagem	82	45	39	11	177
		% em Com que frequência se automedica?	46,3%	25,4%	22,0%	6,2%	100,0%
		% em Profissão	24,7%	39,8%	24,8%	40,7%	28,1%
	Pouca frequência	Contagem	123	33	68	7	231
		% em Com que frequência se automedica?	53,2%	14,3%	29,4%	3,0%	100,0%
		% em Profissão	37,0%	29,2%	43,3%	25,9%	36,7%
	Alguma frequência	Contagem	95	27	38	9	169
		% em Com que frequência se automedica?	56,2%	16,0%	22,5%	5,3%	100,0%
		% em Profissão	28,6%	23,9%	24,2%	33,3%	26,9%
	Bastante frequência	Contagem	24	6	8	0	38
		% em Com que frequência se automedica?	63,2%	15,8%	21,1%	0,0%	100,0%
		% em Profissão	7,2%	5,3%	5,1%	0,0%	6,0%
	Muita frequência	Contagem	8	2	4	0	14
		% em Com que frequência se automedica?	57,1%	14,3%	28,6%	0,0%	100,0%
		% em Profissão	2,4%	1,8%	2,5%	0,0%	2,2%
Total		Contagem	332	113	157	27	629
		% em Com que frequência se automedica?	52,8%	18,0%	25,0%	4,3%	100,0%
		% em Profissão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 6e – Frequência da Automedicação por Rendimento Mensal do Agregado Familiar
Tabela cruzada da Frequência da Automedicação e o Rendimento Mensal do Agregado Familiar

Com que frequência se automedica? * Rendimento Mensal do Agregado Familiar Tabulação cruzada			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Com que frequência se automedica?	Raramente	Contagem	3	9	45	61	59	177
		% em Com que frequência se automedica?	1,7%	5,1%	25,4%	34,5%	33,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	18,8%	28,1%	30,6%	28,8%	26,6%	28,1%
	Pouca frequência	Contagem	6	13	57	85	70	231
		% em Com que frequência se automedica?	2,6%	5,6%	24,7%	36,8%	30,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	37,5%	40,6%	38,8%	40,1%	31,5%	36,7%
	Alguma frequência	Contagem	5	7	36	53	68	169
		% em Com que frequência se automedica?	3,0%	4,1%	21,3%	31,4%	40,2%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	31,3%	21,9%	24,5%	25,0%	30,6%	26,9%
	Bastante frequência	Contagem	0	2	7	11	18	38
		% em Com que frequência se automedica?	0,0%	5,3%	18,4%	28,9%	47,4%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	0,0%	6,3%	4,8%	5,2%	8,1%	6,0%
	Muita frequência	Contagem	2	1	2	2	7	14
		% em Com que frequência se automedica?	14,3%	7,1%	14,3%	14,3%	50,0%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	12,5%	3,1%	1,4%	0,9%	3,2%	2,2%
Total		Contagem	16	32	147	212	222	629
		% em Com que frequência se automedica?	2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Anexo 7 – Atitude face a problema menor de saúde

Questão: *Quando tem um problema de saúde, o que faz, habitualmente?*

Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Consulta Médico]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	251	39,9	39,9	39,9
	Não	378	60,1	60,1	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Urgência Hospitalar]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	49	7,8	7,8	7,8
	Não	580	92,2	92,2	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	212	33,7	33,7	33,7
	Não	417	66,3	66,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Automedica-se com medicamentos tem casa]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	293	46,6	46,6	46,6
	Não	336	53,4	53,4	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

**Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Não faz nada
espera que passe]**

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	132	21,0	21,0	21,0
	Não	497	79,0	79,0	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 7a – Teste *Post Hoc*: Associação entre Idade e Consulta ao Médico de Família

Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Consulta Médico] * Idade Tabulação cruzada

			Idade					Total
			20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Consulta Médico]	Sim	Contagem	132	84	15	14	6	251
		% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Consulta Médico]	52,6%	33,5%	6,0%	5,6%	2,4%	100,0%
		% em Idade	37,8%	41,2%	29,4%	77,8%	85,7%	39,9%
		Resíduos ajustados	-1,2	,5	-1,6	3,3	2,5	
	Não	Contagem	217	120	36	4	1	378
		% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Consulta Médico]	57,4%	31,7%	9,5%	1,1%	0,3%	100,0%
		% em Idade	62,2%	58,8%	70,6%	22,2%	14,3%	60,1%
		Resíduos ajustados	1,2	-,5	1,6	-3,3	-2,5	
Total	Contagem		349	204	51	18	7	629
	% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Consulta Médico]		55,5%	32,4%	8,1%	2,9%	1,1%	100,0%
	% em Idade		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 7b – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Ida à Farmácia ou Parafarmácia para aconselhamento profissional

Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento] * Género Tabulação cruzada

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia e Pede Aconselhamento]	Sim	Contagem	172	40	212
		% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]	81,1%	18,9%	100,0%
		% em Género	36,9%	24,5%	33,7%
		Resíduos ajustados	2,9	-2,9	
	Não	Contagem	294	123	417
		% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]	70,5%	29,5%	100,0%
		% em Género	63,1%	75,5%	66,3%
		Resíduos ajustados	-2,9	2,9	
Total	Contagem		466	163	629
	% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]		74,1%	25,9%	100,0%
	% em Género		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 7c – Teste *Post Hoc*: Associação entre Rendimento Mensal do Agregado Familiar e Ida à Farmácia ou Parafarmácia para aconselhamento profissional

Crosstab			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]	Sim	Contagem	4	14	62	77	55	212
		% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]	1,9%	6,6%	29,2%	36,3%	25,9%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	25,0%	43,8%	42,2%	36,3%	24,8%	33,7%
		Resíduos ajustados	-,7	1,2	2,5	1,0	-3,5	
	Não	Contagem	12	18	85	135	167	417
		% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]	2,9%	4,3%	20,4%	32,4%	40,0%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	75,0%	56,3%	57,8%	63,7%	75,2%	66,3%
		Resíduos ajustados	,7	-1,2	-2,5	-1,0	3,5	
Total	Contagem		16	32	147	212	222	629
	% em Quando tem um problema de saúde, o que faz habitualmente? [Vai Farmácia Parafarmácia Pede Aconselhamento]		2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
	% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Anexo 8 – Principais sintomas/problemas que conduzem ao consumo de MNSRM

Questão: *Qual ou quais os principais sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se?*

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Gripe, Constipação ou Tosse]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	468	74,4	74,4	74,4
	Não	161	25,6	25,6	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Infecção ou Inflamação]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	128	20,3	20,3	20,3
	Não	501	79,7	79,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Dor de cabeça]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	449	71,4	71,4	71,4
	Não	180	28,6	28,6	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Dores diversas]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	183	29,1	29,1	29,1
	Não	446	70,9	70,9	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Insónia ou Stress]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	69	11,0	11,0	11,0
	Não	560	89,0	89,0	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Problema Intestinal ou Digestivo]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	104	16,5	16,5	16,5
	Não	525	83,5	83,5	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Problema Respiratório ou Alérgico]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	108	17,2	17,2	17,2
	Não	521	82,8	82,8	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Condição Crónica]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	25	4,0	4,0	4,0
	Não	604	96,0	96,0	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 8a – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Gripe, Constipação ou Tosse

Crosstab			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Gripe, Constipação ou Tosse]	Sim	Contagem	337	131	468
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [GripeConstipaçãoTosse]	72,0%	28,0%	100,0%
		% em Género	72,3%	80,4%	74,4%
		Resíduos ajustados	-2,0	2,0	
	Não	Contagem	129	32	161
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [GripeConstipaçãoTosse]	80,1%	19,9%	100,0%
		% em Género	27,7%	19,6%	25,6%
		Resíduos ajustados	2,0	-2,0	
Total		Contagem	466	163	629
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [GripeConstipaçãoTosse]	74,1%	25,9%	100,0%
		% em Género	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8b – Teste *Post Hoc*: Associação entre Rendimento Mensal do Agregado Familiar e Gripe, Constipação ou Tosse

Crosstab			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Gripe, Constipação ou Tosse]	Sim	Contagem	12	21	99	175	161	468
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [GripeConstipaçãoTosse]	2,6%	4,5%	21,2%	37,4%	34,4%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	75,0%	65,6%	67,3%	82,5%	72,5%	74,4%
		Resíduos ajustados	,1	-1,2	-2,2	3,3	-,8	
	Não	Contagem	4	11	48	37	61	161
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [GripeConstipaçãoTosse]	2,5%	6,8%	29,8%	23,0%	37,9%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	25,0%	34,4%	32,7%	17,5%	27,5%	25,6%
		Resíduos ajustados	-,1	1,2	2,2	-3,3	,8	
Total		Contagem	16	32	147	212	222	629
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [GripeConstipaçãoTosse]	2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8c – Teste *Post Hoc*: Associação entre Estado Civil e Infecção ou Inflamação

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação] * Estado Civil			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]	Sim	Contagem	116	10	2	128
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]	90,6%	7,8%	1,6%	100,0%
		% em Estado Civil	22,3%	10,0%	25,0%	20,3%
		Resíduos ajustados	2,6	-2,8	,3	
	Não	Contagem	405	90	6	501
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]	80,8%	18,0%	1,2%	100,0%
		% em Estado Civil	77,7%	90,0%	75,0%	79,7%
		Resíduos ajustados	-2,6	2,8	-,3	
Total	Contagem		521	100	8	629
	% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]		82,8%	15,9%	1,3%	100,0%
	% em Estado Civil		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8d – Teste *Post Hoc*: Associação entre Habilitações Académicas e Infecção ou Inflamação

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação] * Habilitações Académicas Tabulação cruzada

			Habilitações Académicas				Total
			Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]	Sim	Contagem	23	61	43	1	128
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]	18,0%	47,7%	33,6%	0,8%	100,0%
		% em Habilitações Académicas	33,8%	19,2%	19,9%	3,6%	20,3%
		Resíduos ajustados	2,9	-,7	-,2	-,2,3	
	Não	Contagem	45	256	173	27	501
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]	9,0%	51,1%	34,5%	5,4%	100,0%
		% em Habilitações Académicas	66,2%	80,8%	80,1%	96,4%	79,7%
		Resíduos ajustados	-2,9	,7	,2	2,3	
Total	Contagem		68	317	216	28	629
	% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Infecção ou Inflamação]		10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0%
	% em Habilitações Académicas		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8e – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Dor de Cabeça

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dor de cabeça] * Género Tabulação cruzada					
			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dor de cabeça]	Sim	Contagem	353	96	449
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dor cabeça]	78,6%	21,4%	100,0%
		% em Género	75,8%	58,9%	71,4%
		Resíduos ajustados	4,1	-4,1	
	Não	Contagem	113	67	180
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dor cabeça]	62,8%	37,2%	100,0%
		% em Género	24,2%	41,1%	28,6%
		Resíduos ajustados	-4,1	4,1	
Total	Contagem		466	163	629
	% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dor cabeça]		74,1%	25,9%	100,0%
	% em Género		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8f – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Dores Diversas

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dores diversas] * Género Tabulação cruzada					
			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dores diversas]	Sim	Contagem	148	35	183
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dores diversas]	80,9%	19,1%	100,0%
		% em Género	31,8%	21,5%	29,1%
		Resíduos ajustados	2,5	-2,5	
	Não	Contagem	318	128	446
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dores diversas]	71,3%	28,7%	100,0%
		% em Género	68,2%	78,5%	70,9%
		Resíduos ajustados	-2,5	2,5	
Total	Contagem		466	163	629
	% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Dores diversas]		74,1%	25,9%	100,0%
	% em Género		100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8g – Teste *Post Hoc*: Associação entre Idade e Insónias ou *Stress*

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [InsóniaStress] * Idade Tabulação cruzada								
			Idade					Total
			20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [Insónia ou Stress]	Sim	Contagem	36	23	4	6	0	69
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [InsóniaStress]	52,2%	33,3%	5,8%	8,7%	0,0%	100,0%
		% em Idade	10,3%	11,3%	7,8%	33,3%	0,0%	11,0%
		Resíduos ajustados	-,6	,2	-,7	3,1	-,9	
	Não	Contagem	313	181	47	12	7	560
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [InsóniaStress]	55,9%	32,3%	8,4%	2,1%	1,3%	100,0%
		% em Idade	89,7%	88,7%	92,2%	66,7%	100,0%	89,0%
		Resíduos ajustados	,6	-,2	,7	-3,1	,9	
Total		Contagem	349	204	51	18	7	629
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicar-se? [InsóniaStress]	55,5%	32,4%	8,1%	2,9%	1,1%	100,0%
		% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 8h – Teste *Post Hoc*: Associação entre Estado Civil e Problema Intestinal ou Digestivo

Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Problema Intestinal/Digestivo] * Estado Civil Tabulação cruzada

			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Problema Intestinal ou Digestivo]	Sim	Contagem	88	12	4	104
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Problema Intestinal ou Digestivo]	84,6%	11,5%	3,8%	100,0%
		% em Estado Civil	16,9%	12,0%	50,0%	16,5%
		Resíduos ajustados	,5	-1,3	2,6	
	Não	Contagem	433	88	4	525
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Problema Intestinal ou Digestivo]	82,5%	16,8%	0,8%	100,0%
		% em Estado Civil	83,1%	88,0%	50,0%	83,5%
		Resíduos ajustados	-,5	1,3	-2,6	
Total		Contagem	521	100	8	629
		% em Qual ou quais os sintomas/problemas que o levam, geralmente, a automedicação-se? [Problema Intestinal ou Digestivo]	82,8%	15,9%	1,3%	100,0%
		% em Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Anexo 9 – Fenómeno da automedicação/consumo de MNSRM em alternativa à consulta médica

Questão: *Qual ou quais os motivos que justificaram ou justificam a automedicação em vez da consulta médica?*

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Pouca Gravidade da Situação]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	460	73,1	73,1	73,1
	Não	169	26,9	26,9	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento da Condição e do que Tomar]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	500	79,5	79,5	79,5
	Não	129	20,5	20,5	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Hábito, Toma Sempre Aquele Medicamento para Condição]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	239	38,0	38,0	38,0
	Não	390	62,0	62,0	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta de Tempo]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	52	8,3	8,3	8,3
	Não	577	91,7	91,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta de Vagas no Médico de Família]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	34	5,4	5,4	5,4
	Não	595	94,6	94,6	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Poupança de dinheiro na Consulta Médica]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	58	9,2	9,2	9,2
	Não	571	90,8	90,8	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo de espera excessivo para obter Consulta]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	89	14,1	14,1	14,1
	Não	540	85,9	85,9	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Comodismo]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	72	11,4	11,4	11,4
	Não	557	88,6	88,6	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 9a – Teste *Post Hoc*: Associação entre Situação Profissional e Conhecimento da Situação e do que tomar

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que tomar] * Profissão Tabulação cruzada

			Profissão				Total
			Estudante	Trabalhador Estudante	Empregado	Desempregado	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento da Condição e do que Tomar]	Sim	Contagem	263	90	120	27	500
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	52,6%	18,0%	24,0%	5,4%	100,0%
		% em Profissão	79,2%	79,6%	76,4%	100,0%	79,5%
		Resíduos ajustados	-,2	,0	-1,1	2,7	
[Conhecimento da Condição e do que Tomar]	Não	Contagem	69	23	37	0	129
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	53,5%	17,8%	28,7%	0,0%	100,0%
		% em Profissão	20,8%	20,4%	23,6%	0,0%	20,5%
		Resíduos ajustados	,2	,0	1,1	-2,7	
Total		Contagem	332	113	157	27	629
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	52,8%	18,0%	25,0%	4,3%	100,0%
		% em Profissão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 9b – Teste *Post Hoc*: Associação entre Rendimentos do Agregado Familiar e Falta de tempo para consulta médica

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar] * Rendimento Mensal do Agregado Familiar Tabulação cruzada

			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	Sim	Contagem	14	27	112	176	171	500
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	2,8%	5,4%	22,4%	35,2%	34,2%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	87,5%	84,4%	76,2%	83,0%	77,0%	79,5%
		Resíduos ajustados	,8	,7	-1,1	1,6	-1,1	
	Não	Contagem	2	5	35	36	51	129
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	1,6%	3,9%	27,1%	27,9%	39,5%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	12,5%	15,6%	23,8%	17,0%	23,0%	20,5%
		Resíduos ajustados	-,8	-,7	1,1	-1,6	1,1	
	Total	Contagem	16	32	147	212	222	629
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Conhecimento Condição e do que Tomar]	2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Output SPSS

Tabela 9c – Teste *Post Hoc*: Associação entre Rendimentos do Agregado Familiar e Falta de vagas para consulta médica

			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	Sim	Contagem	0	5	12	10	7	34
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	0,0%	14,7%	35,3%	29,4%	20,6%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	0,0%	15,6%	8,2%	4,7%	3,2%	5,4%
		Resíduos ajustados	-1,0	2,6	1,7	-,5	-1,8	
	Não	Contagem	16	27	135	202	215	595
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	2,7%	4,5%	22,7%	33,9%	36,1%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	100,0%	84,4%	91,8%	95,3%	96,8%	94,6%
		Resíduos ajustados	1,0	-2,6	-1,7	,5	1,8	
Total		Contagem	16	32	147	212	222	629
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 9d – Teste *Post Hoc*: Associação entre Estado Civil e Falta de vagas para consulta médica

Crosstab						
			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	Sim	Contagem	27	5	2	34
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	79,4%	14,7%	5,9%	100,0%
		% em Estado Civil	5,2%	5,0%	25,0%	5,4%
		Resíduos ajustados	-,5	-,2	2,5	
	Não	Contagem	494	95	6	595
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	83,0%	16,0%	1,0%	100,0%
		% em Estado Civil	94,8%	95,0%	75,0%	94,6%
		Resíduos ajustados	,5	,2	-2,5	
Total	Contagem	521	100	8	629	
	% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Falta Vagas Médico]	82,8%	15,9%	1,3%	100,0%	
	% em Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Output SPSS

Tabela 9e – Teste *Post Hoc*: Associação entre Rendimentos e Poupança de dinheiro na consulta médica

			Crosstab					
			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Poupança Consulta]	Sim	Contagem	2	8	18	21	9	58
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Poupança Consulta]	3,4%	13,8%	31,0%	36,2%	15,5%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	12,5%	25,0%	12,2%	9,9%	4,1%	9,2%
		Resíduos ajustados	,5	3,2	1,4	,4	-3,3	
	Não	Contagem	14	24	129	191	213	571
	Não	% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Poupança Consulta]	2,5%	4,2%	22,6%	33,5%	37,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	87,5%	75,0%	87,8%	90,1%	95,9%	90,8%
		Resíduos ajustados	-,5	-3,2	-1,4	-,4	3,3	
Total		Contagem	16	32	147	212	222	629
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Poupança Consulta]	2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 9f – Teste *Post Hoc*: Associação entre Estado Civil e Tempo de Espera Excessivo para obter consulta médica

			Crosstab			
			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	Sim	Contagem	78	8	3	89
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	87,6%	9,0%	3,4%	100,0%
		% em Estado Civil	15,0%	8,0%	37,5%	14,1%
		Resíduos ajustados	1,3	-1,9	1,9	
	Não	Contagem	443	92	5	540
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	82,0%	17,0%	0,9%	100,0%
		% em Estado Civil	85,0%	92,0%	62,5%	85,9%
		Resíduos ajustados	-1,3	1,9	-1,9	
Total		Contagem	521	100	8	629
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	82,8%	15,9%	1,3%	100,0%
		% em Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 9g – Teste *Post Hoc*: Associação entre Rendimentos e Tempo de Espera Excessivo para obter consulta médica

			Crosstab					
			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	Sim	Contagem	3	5	33	25	23	89
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	3,4%	5,6%	37,1%	28,1%	25,8%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	18,8%	15,6%	22,4%	11,8%	10,4%	14,1%
		Resíduos ajustados	,5	,2	3,3	-1,2	-2,0	
	Não	Contagem	13	27	114	187	199	540
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	2,4%	5,0%	21,1%	34,6%	36,9%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	81,3%	84,4%	77,6%	88,2%	89,6%	85,9%
		Resíduos ajustados	-,5	-,2	-3,3	1,2	2,0	
Total		Contagem	16	32	147	212	222	629
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Tempo Excessivo Consulta]	2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 9h – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Comodismo na toma de MNSRM

Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Comodismo] * Género Tabulação cruzada					
			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Comodismo]	Sim	Contagem	46	26	72
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Comodismo]	63,9%	36,1%	100,0%
		% em Género	9,9%	16,0%	11,4%
		Resíduos ajustados	-2,1	2,1	
	Não	Contagem	420	137	557
		% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Comodismo]	75,4%	24,6%	100,0%
		% em Género	90,1%	84,0%	88,6%
		Resíduos ajustados	2,1	-2,1	
Total	Contagem	466	163	629	
	% em Qual ou quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? [Comodismo]	74,1%	25,9%	100,0%	
	% em Género	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: Output SPSS

Anexo 10 – Consumo de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica por Classe Terapêutica

Questão: Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou?

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou?

[Analgésicos/Antipiréticos]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	586	93,2	93,2	93,2
	Não	43	6,8	6,8	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Inflamatório]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	505	80,3	80,3	80,3
	Não	124	19,7	19,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Ansiolíticos, Sedativos, Hipnóticos]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	111	17,6	17,6	17,6
	Não	518	82,4	82,4	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Histamínicos/ Anti-Alérgicos]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	301	47,9	47,9	47,9
	Não	328	52,1	52,1	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou?

[Descongestionantes das Vias Respiratórias]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	203	32,3	32,3	32,3
	Não	426	67,7	67,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	55	8,7	8,7	8,7
	Não	574	91,3	91,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Antidiarreicos]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	152	24,2	24,2	24,2
	Não	477	75,8	75,8	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Xaropes para a

Tosse]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	220	35,0	35,0	35,0
	Não	409	65,0	65,0	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Formulações

Tópicas]

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	387	61,5	61,5	61,5
	Não	242	38,5	38,5	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 10a – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Consumo de Analgésicos/Antipiréticos

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Analgésico/Antipirético] * Género

Tabulação cruzada

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Analgésico/Antipirético]	Sim	Contagem	443	143	586
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Analgésico/Antipirético]	75,6%	24,4%	100,0%
		Resíduos ajustados	3,2	-3,2	
	Não	Contagem	23	20	43
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Analgésico/Antipirético]	53,5%	46,5%	100,0%
		Resíduos ajustados	-3,2	3,2	
Total		Contagem	466	163	629
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Analgésico/Antipirético]	74,1%	25,9%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 10b – Teste *Post Hoc*: Associação entre Idade e Consumo de Anti-inflamatórios

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-inflamatório] * Idade Tabulação cruzada

			Idade					Total
			20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-inflamatório]	Sim	Contagem	297	155	38	12	3	505
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-inflamatório]	58,8%	30,7%	7,5%	2,4%	0,6%	100,0%
		Resíduos ajustados	3,4	-1,9	-1,1	-1,5	-2,5	
	Não	Contagem	52	49	13	6	4	124
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-inflamatório]	41,9%	39,5%	10,5%	4,8%	3,2%	100,0%

	Resíduos ajustados	-3,4	1,9	1,1	1,5	2,5	
Total	Contagem	349	204	51	18	7	629
	% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-inflamatório]	55,5%	32,4%	8,1%	2,9%	1,1%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 10c – Teste *Post Hoc*: Associação entre Estado Civil e Consumo de Anti-inflamatórios

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Inflamatório] * Estado Civil Tabulação cruzada

			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Inflamatório]	Sim	Contagem	428	72	5	505
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Inflamatório]	84,8%	14,3%	1,0%	100,0%
		Resíduos ajustados	2,6	-2,3	-1,3	
	Não	Contagem	93	28	3	124
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Inflamatório]	75,0%	22,6%	2,4%	100,0%
		Resíduos ajustados	-2,6	2,3	1,3	
Total	Contagem	521	100	8	629	
	% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Inflamatório]	82,8%	15,9%	1,3%	100,0%	

Fonte: Output SPSS

Tabela 10d – Teste *Post Hoc*: Associação entre Habilitações Académicas e Consumo de Anti-Histamínicos/Anti-Alérgicos

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [AntiHistamiAlergénicos] * Habilitações

Académicas Tabulação cruzada

			Habilitações Académicas				Total
			Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Histaminico-Anti-Alergénicos]	Sim	Contagem	37	142	114	8	301
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Histaminico-Anti-Alergénicos]	12,3%	47,2%	37,9%	2,7%	100,0%
		Resíduos ajustados	1,1	-1,5	1,8	-2,1	
	Não	Contagem	31	175	102	20	328
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Histaminico-Anti-Alergénicos]	9,5%	53,4%	31,1%	6,1%	100,0%
		Resíduos ajustados	-1,1	1,5	-1,8	2,1	
Total		Contagem	68	317	216	28	629
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Anti-Histaminico-Anti-Alergénicos s]	10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 10e – Teste *Post Hoc*: Associação entre Idade e Consumo de Laxantes

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes] * Idade Tabulação cruzada

			Idade					Total
			20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Qual ou quais os	Sim	Contagem	25	16	8	4	2	55

medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	45,5%	29,1%	14,5%	7,3%	3,6%	100,0%
	Resíduos ajustados	-1,6	-,6	1,8	2,1	1,9	
Não	Contagem	324	188	43	14	5	574
	% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	56,4%	32,8%	7,5%	2,4%	0,9%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,6	,6	-1,8	-2,1	-1,9	
Total	Contagem	349	204	51	18	7	629
	% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	55,5%	32,4%	8,1%	2,9%	1,1%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Tabela 10f – Teste *Post Hoc*: Associação entre Estado Civil e Consumo de Laxantes

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes] * Estado Civil Tabulação cruzada

			Estado Civil			Total
			Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado	
Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	Sim	Contagem	40	12	3	55
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	72,7%	21,8%	5,5%	100,0%
		Resíduos ajustados	-2,1	1,3	2,9	
Não		Contagem	481	88	5	574
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	83,8%	15,3%	0,9%	100,0%
		Resíduos ajustados	2,1	-1,3	-2,9	
Total		Contagem	521	100	8	629

% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Laxantes]	82,8%	15,9%	1,3%	100,0%
---	-------	-------	------	--------

Fonte: Output SPSS

Tabela 10g – Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Consumo de Formulações Tópicas

Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Formulações Tópicas] * Género

Tabulação cruzada

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Formulações Tópicas]	Sim	Contagem	309	78	387
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Formulações Tópicas]	79,8%	20,2%	100,0%
		Resíduos ajustados	4,2	-4,2	
	Não	Contagem	157	85	242
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Formulações Tópicas]	64,9%	35,1%	100,0%
		Resíduos ajustados	-4,2	4,2	
Total		Contagem	466	163	629
		% em Qual ou quais os medicamentos com que já se automedicou? [Formulações Tópicas]	74,1%	25,9%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Anexo 11 – Situação de toma de um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

Questão: Quando consumiu um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica...

Quando consumiu um MNSRM, encontrava-se a tomar outros medicamentos prescritos pelo médico?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	124	19,7	19,7	19,7
	Não	505	80,3	80,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando consumiu um MNSRM, pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Técnico de Farmácia?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	395	62,8	62,8	62,8
	Não	234	37,2	37,2	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 11a – Teste Qui-Quadrado: Análise da Independência entre Género e Pedido de Aconselhamento Profissional

Testes qui-quadrado					
	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	13,287 ^a	1	,000		
Correção de continuidade ^b	12,609	1	,000		
Razão de verossimilhança	13,031	1	,000		
Teste Exato de Fisher				,000	,000
Associação Linear por Linear	13,266	1	,000		
N de Casos Válidos	629				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 60,64.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Fonte: Output SPSS

Teste *Post Hoc*: Associação entre Género e Pedido de Aconselhamento Profissional

Quando consumiu um MNSRM, pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Técnico de Farmácia? *

Género Tabulação cruzada

	Género		Total
	Feminino	Masculino	

Quando consumiu um MNSRM, pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Técnico de Farmácia?	Sim	Contagem	312	83	395
		% em Quando consumiu um MNSRM, pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Técnico de Farmácia?	79,0%	21,0%	100,0%
		Resíduos ajustados	3,6	-3,6	
	Não	Contagem	154	80	234
		% em Quando consumiu um MNSRM, pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Técnico de Farmácia?	65,8%	34,2%	100,0%
		Resíduos ajustados	-3,6	3,6	
Total		Contagem	466	163	629
		% em Quando consumiu um MNSRM, pediu aconselhamento ao Farmacêutico ou Técnico de Farmácia?	74,1%	25,9%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Quando consumiu um MNSRM, tinha conhecimento do risco ou efeitos secundários dos medicamentos?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	553	87,9	87,9	87,9
	Não	76	12,1	12,1	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando consumiu um MNSRM, tinha conhecimento do risco ou efeitos secundários dos medicamentos? *

Habilitações Académicas Tabulação cruzada

			Habilitações Académicas				Total
			Ensino				
			Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Quando consumiu	Sim	Contagem	60	278	191	24	553

um MNSRM, tinha conhecimento do risco ou efeitos secundários dos medicamentos?	% em Quando consumiu um MNSRM, tinha conhecimento do risco ou efeitos secundários dos medicamentos?	10,8%	50,3%	34,5%	4,3%	100,0%
	% em Habilitações Académicas	88,2%	87,7%	88,4%	85,7%	87,9%
Não	Contagem	8	39	25	4	76
	% em Quando consumiu um MNSRM, tinha conhecimento do risco ou efeitos secundários dos medicamentos?	10,5%	51,3%	32,9%	5,3%	100,0%
	% em Habilitações Académicas	11,8%	12,3%	11,6%	14,3%	12,1%
Total	Contagem	68	317	216	28	629
	% em Quando consumiu um MNSRM, tinha conhecimento do risco ou efeitos secundários dos medicamentos?	10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0%
	% em Habilitações Académicas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Quando consumiu um MNSRM, surgiu algum problema ou reação?					
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	8	1,3	1,3	1,3
	Não	621	98,7	98,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando consumiu um MNSRM, informou o seu médico da toma do medicamento?				
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
				Percentagem acumulativa

Válido	Sim	203	32,3	32,3	32,3
	Não	426	67,7	67,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 11b – Cruzamento das Habilitações Acadêmicas e reporte ao médico

Quando consumiu um MNSRM, informou o seu médico da toma do medicamento? * Habilitações Acadêmicas

Tabulação cruzada

			Habilitações Acadêmicas				Total
			Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Quando consumiu um MNSRM, informou o seu médico da toma do medicamento?	Sim	Contagem	17	93	77	16	203
		% em Quando consumiu um MNSRM, informou o seu médico da toma do medicamento?	8,4%	45,8%	37,9%	7,9%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	25,0%	29,3%	35,6%	57,1%	32,3%
	Não	Contagem	51	224	139	12	426
		% em Quando consumiu um MNSRM, informou o seu médico da toma do medicamento?	12,0%	52,6%	32,6%	2,8%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	75,0%	70,7%	64,4%	42,9%	67,7%
Total		Contagem	68	317	216	28	629
		% em Quando consumiu um MNSRM, informou o seu médico da toma do medicamento?	10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0%
		% em Habilitações Acadêmicas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Quando consumiu um MNSRM, recomendaria a marca ou produto?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	561	89,2	89,2	89,2

Não	68	10,8	10,8	100,0
Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Tabela 11b – Cruzamento das Habilitações Acadêmicas e Recomendação de marca

Quando consumiu um MNSRM, recomendaria a marca ou produto? * Habilitações Acadêmicas
Tabulação cruzada

			Habilitações Acadêmicas				Total
			Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Quando consumiu um MNSRM, recomendaria a marca ou produto?	Sim	Contagem	64	288	188	21	561
		% em Quando consumiu um MNSRM, recomendaria a marca ou produto?	11,4%	51,3%	33,5%	3,7%	100,0 %
		% em Habilitações Acadêmicas	94,1%	90,9%	87,0%	75,0%	89,2%
	Não	Contagem	4	29	28	7	68
		% em Quando consumiu um MNSRM, recomendaria a marca ou produto?	5,9%	42,6%	41,2%	10,3%	100,0 %
		% em Habilitações Acadêmicas	5,9%	9,1%	13,0%	25,0%	10,8%
Total		Contagem	68	317	216	28	629
		% em Quando consumiu um MNSRM, recomendaria a marca ou produto?	10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0 %
		% em Habilitações Acadêmicas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Anexo 12 – Atitude face a MNSRM: Influência de fatores externos

Questão: Quando opta ou adquire um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica, qual a influência de...

Escala: 1 – Nenhuma Influência | 2 – Pouca Influência | 3 – Neutro | 4 – Alguma Influência | 5 – Muita Influência

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da Confiança na Marca ou Produto?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	49	7,8	7,8	7,8
	Pouca Influência	26	4,1	4,1	11,9
	Neutro	72	11,4	11,4	23,4

Alguma Influência	201	32,0	32,0	55,3
Muita Influência	281	44,7	44,7	100,0
Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência do preço?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Nenhuma Influência	81	12,9	12,9	12,9
Pouca Influência	87	13,8	13,8	26,7
Neutro	130	20,7	20,7	47,4
Alguma Influência	216	34,3	34,3	81,7
Muita Influência	115	18,3	18,3	100,0
Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência de Confiança no Laboratório?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Nenhuma Influência	132	21,0	21,0	21,0
Pouca Influência	92	14,6	14,6	35,6
Neutro	185	29,4	29,4	65,0
Alguma Influência	150	23,8	23,8	88,9
Muita Influência	70	11,1	11,1	100,0
Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência do Hábito ou uso anterior satisfatório?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	12	1,9	1,9	1,9
	Pouca Influência	8	1,3	1,3	3,2
	Neutro	18	2,9	2,9	6,0
	Alguma Influência	203	32,3	32,3	38,3
	Muita Influência	388	61,7	61,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da opinião de amigos e familiares?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	93	14,8	14,8	14,8
	Pouca Influência	79	12,6	12,6	27,3
	Neutro	160	25,4	25,4	52,8
	Alguma Influência	232	36,9	36,9	89,7
	Muita Influência	65	10,3	10,3	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da Recomendação do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	17	2,7	2,7	2,7
	Pouca Influência	20	3,2	3,2	5,9
	Neutro	74	11,8	11,8	17,6
	Alguma Influência	245	39,0	39,0	56,6
	Muita Influência	273	43,4	43,4	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da disponibilidade ou stock da farmácia?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	151	24,0	24,0	24,0
	Pouca Influência	106	16,9	16,9	40,9
	Neutro	170	27,0	27,0	67,9

Alguma Influência	155	24,6	24,6	92,5
Muita Influência	47	7,5	7,5	100,0
Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência de promoções associadas?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	299	47,5	47,5	47,5
	Pouca Influência	122	19,4	19,4	66,9
	Neutro	132	21,0	21,0	87,9
	Alguma Influência	59	9,4	9,4	97,3
	Muita Influência	17	2,7	2,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da publicidade do produto?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	319	50,7	50,7	50,7
	Pouca Influência	140	22,3	22,3	73,0
	Neutro	128	20,3	20,3	93,3
	Alguma Influência	39	6,2	6,2	99,5
	Muita Influência	3	,5	,5	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da embalagem ou rótulo do produto?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Nenhuma Influência	402	63,9	63,9	63,9
	Pouca Influência	110	17,5	17,5	81,4
	Neutro	96	15,3	15,3	96,7
	Alguma Influência	17	2,7	2,7	99,4
	Muita Influência	4	,6	,6	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Quando opta ou adquire um MNSRM, qual a influência da disposição do produto na loja?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
--	--	------------	-------------	-----------------------	----------------------------

Válido	Nenhuma Influência	407	64,7	64,7	64,7
	Pouca Influência	103	16,4	16,4	81,1
	Neutro	91	14,5	14,5	95,5
	Alguma Influência	23	3,7	3,7	99,2
	Muita Influência	5	,8	,8	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPSS

Anexo 13 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respectivas marcas: Caso do MNSRM em promoção

Questão: *Se um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica estiver em promoção, opto pelo mais barato.*

Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente

Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Discordo Totalmente	186	29,6	29,6	29,6
	Discordo Parcialmente	126	20,0	20,0	49,6
	Não discordo nem concordo	161	25,6	25,6	75,2
	Concordo	101	16,1	16,1	91,3
	Concordo Totalmente	55	8,7	8,7	100,0
	Total	629	100,0	100,0	

Fonte: Output SPS

Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato. * Rendimento Mensal do Agregado Familiar Tabulação cruzada

			Rendimento Mensal do Agregado Familiar					Total
			<250	251-500	501-900	901-1500	>1501	
Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	Discordo	Contagem	5	6	36	66	73	186
	Totalmente	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	2,7%	3,2%	19,4%	35,5%	39,2%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	31,3%	18,8%	24,5%	31,1%	32,9%	29,6%
	Discordo	Contagem	3	5	34	40	44	126
	Parcialmente	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	2,4%	4,0%	27,0%	31,7%	34,9%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	18,8%	15,6%	23,1%	18,9%	19,8%	20,0%
	Não discordo	Contagem	5	6	40	52	58	161
	nem concordo	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	3,1%	3,7%	24,8%	32,3%	36,0%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	31,3%	18,8%	27,2%	24,5%	26,1%	25,6%
	Concordo	Contagem	3	8	24	40	26	101
		% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	3,0%	7,9%	23,8%	39,6%	25,7%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	18,8%	25,0%	16,3%	18,9%	11,7%	16,1%
Total	Concordo	Contagem	0	7	13	14	21	55
	Totalmente	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	0,0%	12,7%	23,6%	25,5%	38,2%	100,0%
		% em Rendimento Mensal do Agregado Familiar	0,0%	21,9%	8,8%	6,6%	9,5%	8,7%
Total			16	32	147	212	222	629
			2,5%	5,1%	23,4%	33,7%	35,3%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Output SPSS

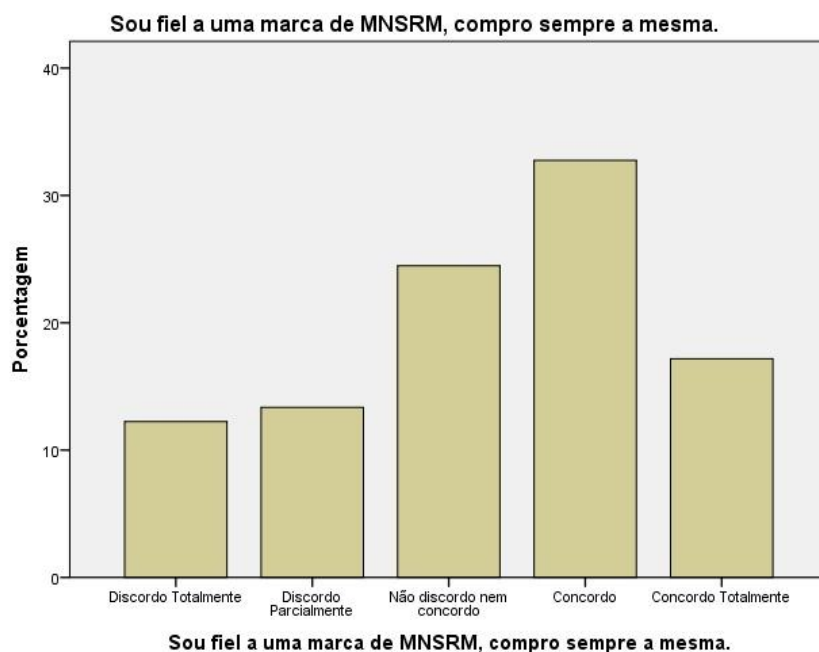
Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato. * Género Tabulação cruzada

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	Discordo	Contagem	146	40	186
	Totalmente	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	78,5%	21,5%	100,0%
		% em Género	31,3%	24,5%	29,6%
	Discordo	Contagem	87	39	126
	Parcialmente	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	69,0%	31,0%	100,0%
		% em Género	18,7%	23,9%	20,0%
	Não discordo nem concordo	Contagem	116	45	161
		% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	72,0%	28,0%	100,0%
		% em Género	24,9%	27,6%	25,6%
	Concordo	Contagem	74	27	101
		% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	73,3%	26,7%	100,0%
		% em Género	15,9%	16,6%	16,1%
	Concordo	Contagem	43	12	55
	Totalmente	% em Se um medicamento estiver em promoção, opto pelo mais barato.	78,2%	21,8%	100,0%
		% em Género	9,2%	7,4%	8,7%
Total			466	163	629
			74,1%	25,9%	100,0%
			100,0%	100,0%	100,0%

Anexo 14 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Fidelidade a um MNSRM e compra repetida

Questão: *Sou Fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma*

Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente



Fonte: Output SPSS

Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma. * Idade Tabulação cruzada								
			Idade					Total
			20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	Discordo Totalmente	Contagem	41	27	4	4	1	77
		% em Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	53,2%	35,1%	5,2%	5,2%	1,3%	100,0 %
		% em Idade	11,7%	13,2%	7,8%	22,2%	14,3%	12,2%
	Discordo Parcialmente	Contagem	50	24	8	1	1	84
		% em Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	59,5%	28,6%	9,5%	1,2%	1,2%	100,0 %
		% em Idade	14,3%	11,8%	15,7%	5,6%	14,3%	13,4%
	Não discordo	Contagem	93	45	12	4	0	154

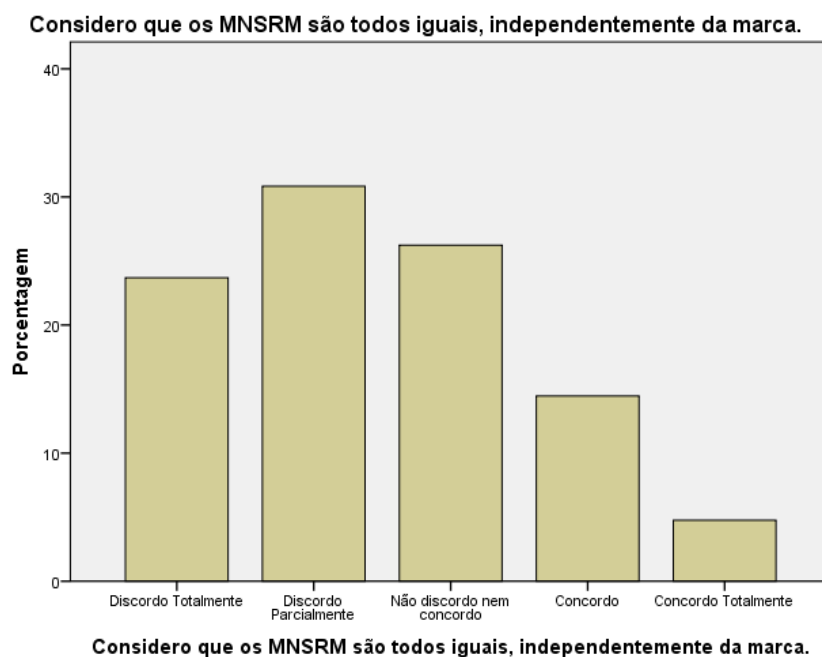
	nem concordo	% em Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	60,4%	29,2%	7,8%	2,6%	0,0%	100,0 %
		% em Idade	26,6%	22,1%	23,5%	22,2%	0,0%	24,5%
Concordo		Contagem	106	77	16	6	1	206
		% em Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	51,5%	37,4%	7,8%	2,9%	0,5%	100,0 %
		% em Idade	30,4%	37,7%	31,4%	33,3%	14,3%	32,8%
Concordo Totalmente		Contagem	59	31	11	3	4	108
		% em Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	54,6%	28,7%	10,2%	2,8%	3,7%	100,0 %
		% em Idade	16,9%	15,2%	21,6%	16,7%	57,1%	17,2%
Total		Contagem	349	204	51	18	7	629
		% em Sou fiel a uma marca de MNSRM, compro sempre a mesma.	55,5%	32,4%	8,1%	2,9%	1,1%	100,0 %
		% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	100,0 %

Fonte: Output SPSS

Anexo 15 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Opinião face à diferença ou igualdade entre MNSRM.

Questão: *Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.*

Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente



Fonte: Output SPSS

Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca. * Habilitações Académicas

Tabulação cruzada

			Habilitações Académicas				Total
			Ensino Secundário	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento	
Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	Discordo Totalmente	Contagem	17	69	51	12	149
		% em Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	11,4%	46,3%	34,2%	8,1%	100,0%
		Resíduos ajustados	,3	-1,1	,0	2,4	
Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	Discordo Parcialmente	Contagem	23	114	49	8	194
		% em Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	11,9%	58,8%	25,3%	4,1%	100,0%
		Resíduos ajustados					

	Resíduos ajustados	,6	2,8	-3,2	-,3	
Não discordo	Contagem	19	79	62	5	165
nem concordo	% em Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	11,5%	47,9%	37,6%	3,0%	100,0%
	Resíduos ajustados	,3	-,8	1,0	-1,0	
Concordo	Contagem	9	39	41	2	91
	% em Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	9,9%	42,9%	45,1%	2,2%	100,0%
	Resíduos ajustados	-,3	-1,6	2,3	-1,1	
Concordo Totalmente	Contagem	0	16	13	1	30
	% em Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	0,0%	53,3%	43,3%	3,3%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,0	,3	1,1	-,3	
Total	Contagem	68	317	216	28	629
	% em Considero que os MNSRM são todos iguais, independentemente da marca.	10,8%	50,4%	34,3%	4,5%	100,0%

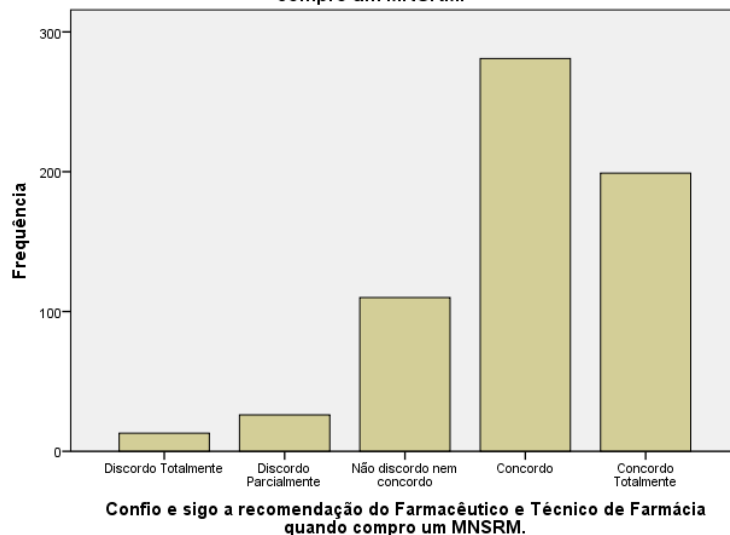
Fonte: Output SPSS

Anexo 16 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Confiança no Farmacêutico e/ou Técnico de Farmácia e nas suas recomendações

Questão: *Confio e sigo a recomendação do Farmacêutico ou Técnico de Farmácia quando compro um MNSRM.*

Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente

Confio e sigo a recomendação do Farmacêutico e Técnico de Farmácia quando compro um MNSRM.

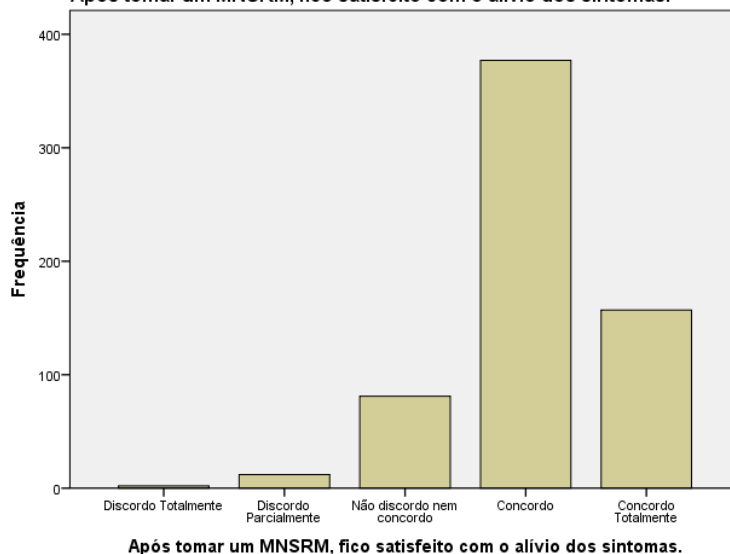


Anexo 17 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Satisfação com Alívio dos Sintomas

Questão: *Após tomar um MNSRM, fico satisfeito com o alívio dos sintomas*

Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente

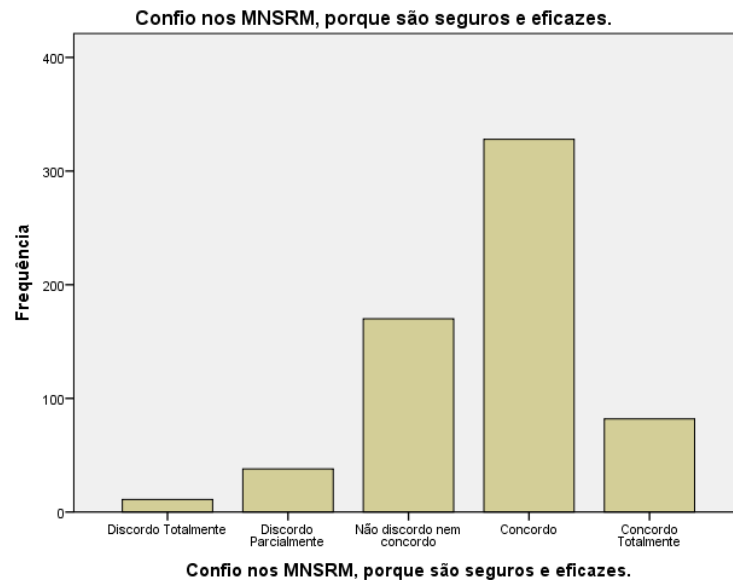
Após tomar um MNSRM, fico satisfeito com o alívio dos sintomas.



Anexo 18 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Segurança e Eficácia

Questão: *Confio nos MNSRM porque são seguros e eficazes*

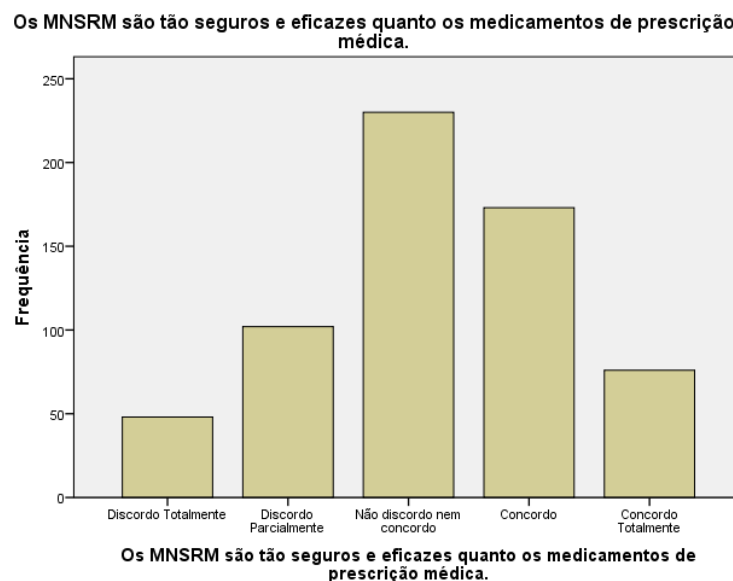
Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente



Anexo 19 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Segurança e Eficácia em relação a MSRM

Questão: *Os MNSRM são tão seguros e eficazes quanto os medicamentos sujeitos a prescrição médica*

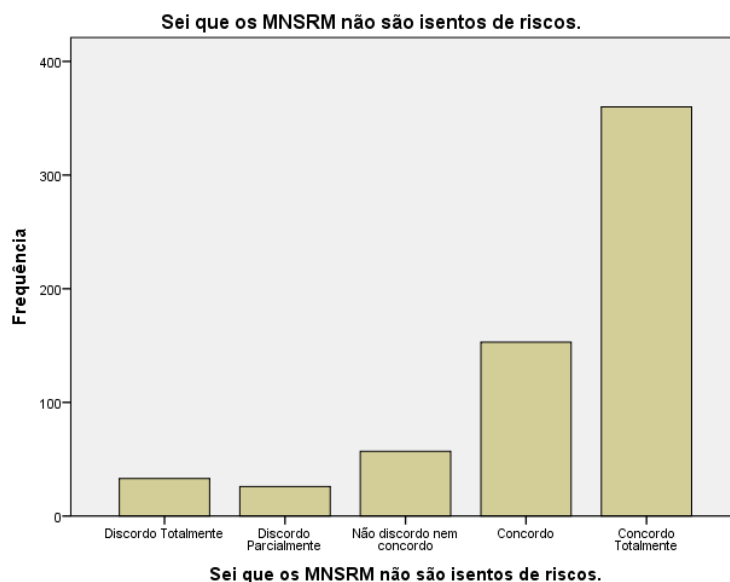
Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente



Anexo 20 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Conhecimento dos riscos

Questão: *Sei que os MNSRM não são isentos de riscos*

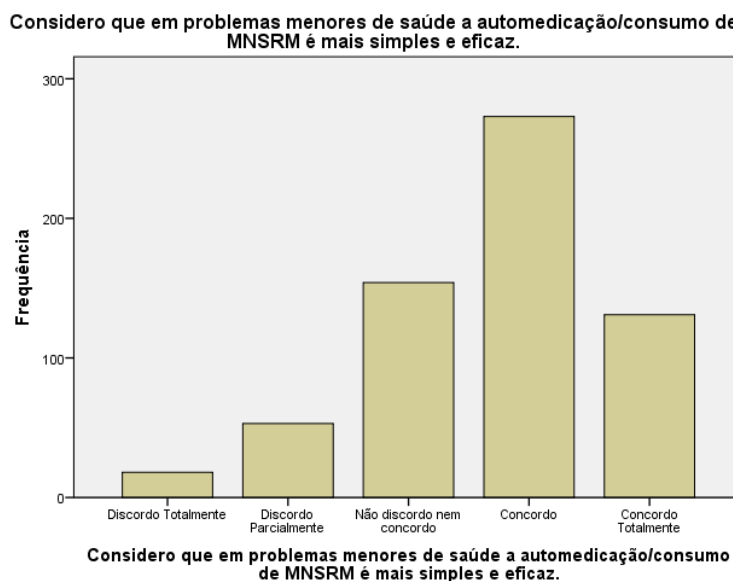
Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente



Anexo 21 – Relação com Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica e respetivas marcas: Consumo de MNSRM eficaz em caso de problema menor de saúde

Questão: *Considero que em problemas menores de saúde, a automedicação/consumo de MNSRM é mais simples e eficaz*

Escala: 1 – Discordo Totalmente | 2 – Discordo | 3 – Não discordo nem concordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo Totalmente



Anexo 22 – Teste *Post-Hoc* para percepção da associação entre frequência da automedicação e idade

Idade * Com que frequência se automedica? Tabulação cruzada

		Com que frequência se automedica?					Total
		Raramente	Pouca frequência	Alguma frequência	Bastante frequência	Muita frequência	
Idade 20-24	Contagem	86	129	104	24	6	349
	% em Idade	24,6%	37,0%	29,8%	6,9%	1,7%	100,0%
	Resíduos ajustados	-2,2	,1	1,9	1,0	-1,0	
25-34	Contagem	65	74	50	9	6	204
	% em Idade	31,9%	36,3%	24,5%	4,4%	2,9%	100,0%
	Resíduos ajustados	1,4	-,2	-,9	-1,2	,8	
35-44	Contagem	14	20	11	4	2	51
	% em Idade	27,5%	39,2%	21,6%	7,8%	3,9%	100,0%
	Resíduos ajustados	-,1	,4	-,9	,6	,9	
45-54	Contagem	5	8	4	1	0	18
	% em Idade	27,8%	44,4%	22,2%	5,6%	0,0%	100,0%
	Resíduos ajustados	,0	,7	-,5	-,1	-,6	
55-64	Contagem	7	0	0	0	0	7
	% em Idade	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Resíduos ajustados	4,3	-2,0	-1,6	-,7	-,4	
Total	Contagem	177	231	169	38	14	629
	% em Idade	28,1%	36,7%	26,9%	6,0%	2,2%	100,0%

Fonte: Output SPSS

Anexo 23 – Teste *Post-Hoc* para percepção da associação entre frequência da automedicação e percepção do estado de saúde

Considero que a minha saúde é... * Com que frequência se automedica? Tabulação cruzada

			Com que frequência se automedica?					Total
			Raramente	Pouca frequência	Alguma frequência	Bastante frequência	Muita frequência	
Considero que a minha saúde é...	Muito má	Contagem	1	1	0	0	1	3
		% em Considero que a minha saúde é...	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
		Resíduos ajustados	,2	-,1	-1,1	-,4	3,7	
	Má	Contagem	0	3	3	1	0	7
		% em Considero que a minha saúde é...	0,0%	42,9%	42,9%	14,3%	0,0%	100,0%
		Resíduos ajustados	-1,7	,3	1,0	,9	-,4	
	Razoável	Contagem	20	29	28	6	4	87
		% em Considero que a minha saúde é...	23,0%	33,3%	32,2%	6,9%	4,6%	100,0%
		Resíduos ajustados	-1,2	-,7	1,2	,4	1,6	
	Boa	Contagem	93	138	92	23	5	351
		% em Considero que a minha saúde é...	26,5%	39,3%	26,2%	6,6%	1,4%	100,0%
		Resíduos ajustados	-1,0	1,5	-,4	,6	-1,5	
	Muito boa	Contagem	63	60	46	8	4	181
		% em Considero que a minha saúde é...	34,8%	33,1%	25,4%	4,4%	2,2%	100,0%
		Resíduos ajustados	2,4	-1,2	-,5	-1,1	,0	
Total		Contagem	177	231	169	38	14	629
		% em Considero que a minha saúde é...	28,1%	36,7%	26,9%	6,0%	2,2%	100,0%

Fonte: Output SPSS